



Пантелеева Г.П., Цуцульковская М.Я., Беляев Б.С.

Гебоидная шизофрения

Введение

Проблема нозологического единства шизофрении тесно связана с изучением всего многообразия ее клинических проявлений и во многом зависит от исследования закономерностей, свойственных ее атипичным формам. В процессе изучения шизофрении выявляется все большее разнообразие ее клинических вариантов в зависимости от различных факторов. Решающими в этом отношении выступают формы течения заболевания, но не меньшее значение имеет возраст, в котором болезнь развивается. Одним из важных вопросов при этом является роль пубертатного возраста как этапа биологического развития, создающего часто условия для возникновения или обострения заболевания. В связи с этим представляет большой интерес изучение возникающих в юности таких шизофренических процессов, где проявления болезни ближе всего совпадают со свойственными этому переходному возрасту психическими признаками. Это, в частности, касается гебоидных состояний при шизофрении, которые и являются предметом нашего исследования.

В области психиатрии юношеского возраста одной из наиболее трудных проблем является ранняя диагностика и прогноз шизофрении, дебютирующей гебоидными расстройствами. Будучи по своим проявлениям весьма близким к наиболее типичным признакам кризовых, пубертатных картин, этот синдром может нести в себе разные прогностические тенденции. В дальнейшем в одних случаях заболевание

протекает относительно благоприятно в форме юношеской малопрогредиентной гебоидной шизофрении (гебоидофрении), в других, напротив, приобретает психотический характер и протекает в рамках психотических форм юношеской шизофрении.

До настоящего времени остаются недостаточно освещенными вопросы, что же представляют собой случаи шизофрении, симптоматика которых исчерпывается гебоидными расстройствами, каково в этих случаях взаимоотношение между болезнью и процессами нормального физиологического развития, какова дальнейшая судьба гебоидных состояний. Теоретически важным представляется также выяснить, имеются ли какие-либо отличия в закономерностях развития шизофрении с гебоидными состояниями от закономерностей эволюции форм шизофрении и каковы условия возникновения этой формы заболевания. Кроме того, точное знание клинического течения и особенностей протекания шизофрении с гебоидными проявлениями весьма важно и в практическом отношении, в частности для решения вопроса о прогностическом значении гебоидных состояний при шизофрении. Насущность изучения гебоидофрении обуславливается также необходимостью отграничения этих состояний от сходных проявлений непсихотического характера.

Правильная врачебная тактика в случаях шизофрении с гебоидными расстройствами приобретает особенное значение при решении экспертных вопросов, определении трудового и профессионального прогноза. Актуальность проблемы гебоидных состояний при шизофрении диктуется также вопросами социального значения, поскольку нарушение поведения в юношеском возрасте, являющееся ведущим при гебоидном синдроме, перерастает узко семейные рамки и становится социально значимым.

Все изложенное и определило теоретические и практические задачи исследования, которые разрабатываются в предлагаемой монографии. В соответствии с поставленными задачами было проведено клиническое и клинико-катамнестическое исследование больных юношеской мало-прогредиентной шизофренией, у которых все проявления заболевания исчерпывались гебоидными расстройствами. Для выяснения вопросов дифференциального диагноза и прогноза шизофрении с гебоидными состояниями в работе использованы также наблюдения над больными с манифестными формами юношеской шизофрении и психопатией, у которых на одном из этапов заболевания в юношеском возрасте имели место сходные с гебоидными состояния.

Настоящее исследование является частью проводимого в НИИ

клинической психиатрии Всесоюзного научного центра психического здоровья АМН СССР широкого клинικο-катамнестического изучения шизофрении, в частности разработки вопросов клиники, течения и прогноза шизофрении юношеского возраста.

Глава I. Исторический аспект концепции гебоидофрении

Гебоидная шизофрения

Пантелеева Г.П.,
Цуцульковская М.Я., Беляев
Б.С.

Становление понятия гебоидофрении шло параллельно эволюции взглядов на значение юношеского возраста в возникновении и течении эндогенных психозов, к которым относили и гебоидофрению. Однако патогенетическая и патопластическая роль возраста полового созревания была определена не сразу. В эпоху развития психиатрии, когда все разделение психических болезней сводилось к симптоматическому принципу и часто ограничивалось лишь внешней схожестью симптомов, мы уже находим описания состояний, где психические нарушения целиком исчерпывались изменениями поведения и выраженным дефектом в эмоциональной сфере.

Особенное внимание привлекают работы английского психиатра J. Prichard (1835, 1847) о моральном помешательстве. Одна из этих подгрупп соответствует выделенной впоследствии шизофрении с гебоидными расстройствами. Основным в клинической картине заболевания в этих случаях автор считал болезненного характера «извращение чувств, влечений и деятельных сил» наряду с неизменным состоянием умственных способностей. Как и большинство предшествующих авторов, J. Prichard видел причину морального помешательства в наследственной отягощенности психозами, но обратил внимание на то, что появление признаков морального помешательства нередко связано по времени с юношеским периодом жизни, а клиническая картина болезни содержит в себе соответствующие этой возрастной фазе характерные черты. Эта новая для того времени идея была оставлена без внимания дальнейшими исследователями, зато термин «моральное помешательство» получил широкое распространение, но стал употребляться преимущественно в более узком смысле, чем это имел в виду J. Prichard, для описания той или иной степени нарушения нравственных норм.

Понятие морального помешательства сохранялось в психиатрии вплоть до начала XX века. Прежде всего оно оказалось тесно связанным с концепцией дегенерации.

Интерес к изучению различных форм проявлений морального помешательства, поиски путей разграничения и установления сущности этих расстройств были обусловлена также судебно-

психиатрическими задачами. Было обращено внимание, что именно в широких границах юношеского возраста совершается большинство преступлений лицами, обнаруживающими с началом пубертатного периода известные черты психической слабости. Излишнее увлечение положениями о наследственной обусловленности нравственных расстройств привело даже к тому, что преступные наклонности стали рассматриваться как симптом патологического психического состояния в молодом возрасте, был введен термин «ювенильный преступник» [Marro A., 1863].

Во второй половине XIX века, по мере накопления клинических фактов и первых попыток их синтеза, большинство исследователей все больше приходили к утверждению неоднородности понятия морального помешательства и к отрицанию его самостоятельности как клинической единицы. Хотя большинство психиатров того времени оставались на позициях дегенеративного происхождения указанных болезней, в своих классификациях они нередко относили прогрессивные случаи приобретенного морального помешательства к обширной группе пубертатных психозов и объединяли их по принципу начала в период полового созревания и прогрессивности течения с ранней деменцией [Schule H., 1878, 1880; Kraft-Ebing K., 1881, 1897; Scholz L., 1897; Ziehen Th., 1897]. Ряд психиатров обратили также внимание на тот факт, что моральное помешательство может иметь нередко и преходящий характер. Болезнь в таких случаях целиком ограничивается временем полового созревания. В связи с этим Р. Nascke (1896) предложил даже говорить о «физиологическом моральном помешательстве».

Впервые К. Kahlbaum (1863) четко поставил происхождение психических заболеваний в причинную зависимость от биологических возрастных периодов, что и легло в основу его классификации душевных болезней. Рассматривая гебефрению как специфический психоз юношеского возраста, К. Kahlbaum указывал на близость картины ее к физиологически обусловленным психическим проявлениям в пубертатном периоде. В рамках ее наряду с тяжелыми картинами, ведущими к слабоумию, он выделял вариант «с ограниченным объемом психических симптомов». Главными свойствами таких случаев он считал относительную сохранность психики и преобладание в клинической картине признаков «морального извращения», подчеркивая благоприятный характер заболевания с такого рода проявлениями. В 1884 г. на собрании немецких естествоиспытателей и врачей в Магдебурге К. Kahlbaum подробно сообщил о наблюдаемых им случаях душевного заболевания в молодом возрасте, которое отличалось от описанной к тому времени Е. Necker (1871) гебефрении «отсутствием выраженной стадии возбуждения» и относительно

хорошим прогнозом без признаков прогрессирующего слабоумия. Основной особенностью больных этой группы К. Kahlbaum в то время считал «бесформенное поведение и извращение чувств», что, по его мнению, и сближало эти случаи с гебефренией. Автор первоначально обозначил эти состояния по традиции как «особую форму морального помешательства», хотя Р. Jehn в 1884 г. уже указал на чрезвычайное сходство описанной К. Kahlbaum клинической формы заболевания с «годами хулиганства» у юношей в 15—16 лет. Другие исследователи также высказывали суждение о патогенетической роли возраста в происхождении такого рода расстройств.

Так, к концу XIX века из обширной группы морального помешательства, первичной юношеской деменции и гебефрении, описанных К. Kahlbaum, Е. Necker, начала вырисовываться определенная группа заболеваний, имеющая ряд характерных свойств. К. Kahlbaum первый обобщил эти разрозненные данные. Весной 1889 г. в обществе врачей в Герлице он вторично выступил с сообщением об особых психических состояниях, свойственных юношескому возрасту, «которые по своему своеобразию симптомов таковы, что не могут сравниться ни с какими известными доселе формами психических заболеваний». Главную особенность этих состояний К. Kahlbaum видел в болезненном нарушении всех духовных свойств личности, которые так меняют психическую индивидуальность в социальном отношении, что в сфере стремлений и поведения ведут к грубым отклонениям от принятых форм, и в некоторых случаях проявляются в виде преступных наклонностей. Эту группу заболеваний К. Kahlbaum обозначил как «юношеское полупомешательство» и дал ему название гебоид, или гебоидофрения. Главными признаками этой группы заболеваний он считал: 1) начало в возрасте полового созревания; 2) чрезвычайное сходство клинической картины заболевания с психологическими проявлениями, свойственными пубертатному возрасту в норме; 3) первичный характер происхождения этих расстройств (по аналогии с первичным юношеским помешательством, описанным В. Morel); 4) относительно благоприятный прогноз заболевания и отсутствие выраженных признаков слабоумия; 5) доминирование в картине болезни нарушений моральных качеств, нередко с антисоциальными формами поведения; 6) дегенеративный характер заболевания и наличие в анамнезе больных различного характера нарушений в психическом развитии.

Своеобразие гебоидофрении К. Kahlbaum видел в том, что при данной форме заболевание протекает как бы на уровне характерологических нарушений, которые скорее производят необоснованное впечатление плохого воспитания, чем душевного страдания. Однако эти больные не осознают

болезненность своего состояния, часто не могут объяснить мотивов своего поведения и жалуются, что свои поступки совершают как бы против воли. Незрелый характер суждений этих больных, несмотря на сохраненные интеллектуальные способности и память, мешает им точно охватить явление и ведет к «мимомышлению». Эти больные всегда считают неправильным мнение окружающих. Способность к длительному напряжению внимания, работоспособность у таких больных снижены. К. Kahlbaum считал случаи гебоидофрении «излечимыми». Судя по приведенным историям болезни, такие больные в дальнейшем могут завершить образование, завести семью, однако деятельному труду предпочитают жизнь рантье.

Основное положение К- Kahlbaum при выделении указанной группы заболеваний заключалось в том (и он это особенно подчеркивал), что характерная для гебоидов клиническая картина развивается лишь при заболевании в юношеском возрасте, а все другие сходные по проявлениям психозы, возникающие в ином возрасте, не принадлежат к этой форме заболевания и отличны от нее. Вторым важным положением К- Kahlbaum явилось указание на то, что при гебоидофрении мы имеем дело с комплексом нарушений психических свойств личности, которые следует рассматривать в совокупности, а не как отдельные, имеющиеся при ней парциальные расстройства поведения, моральных свойств с тенденцией к антисоциальным действиям и т. п. Объединив гебоидофрению с гебефренией в одну группу «гебетических» заболеваний, К. Kahlbaum тем самым подчеркнул болезненный характер расстройств при выделенной им форме заболевания, но с тенденцией к слабо выраженной прогрессивности.

Идея разделения психозов по возрастному принципу была обоснована биологической сущностью патологического процесса и явилась в то время прогрессивной. Однако одни психиатры целиком отвергли специфичность выделенной К. Kahlbaum формы заболевания — гебоидофрении [Gaupp K., 1906; Neilbronner J., 1906], другие — на основании возрастного принципа — начала расстройств в молодые годы и сходства психопатологической симптоматики с признаками пубертатной психики стали отождествлять гебоидофрению с гебефренией [Сербский В. П., 1890; Эрлицкий А. Ф., 1896; Ковалевский П. И., 1905; Брезовский М., 1909]. Лишь некоторые психиатры сумели увидеть в гебоидофрении признаки, позволяющие говорить об ее особом положении по отношению к гебефрении [Корсаков С. С., 1894; Griesinger W., 1892]. Важно, что ряд авторов в классификациях душевных болезней уже четко разграничивали гебоидофрению от дегенеративно обусловленных нарушений моральных качеств, размещая эти заболевания уже в разных группах психических болезней [Корсаков С. С., 1901; Wille W., 1898], а Wernicke (1906), рассматривая гебоидофрению как

наиболее типичный и специфический психоз, проявляющийся в юношеском возрасте, предлагал даже всю группу юношеских психозов обозначить как гебоидофрению.

Своеобразие проявлений и прогноза гебоидов пробудили интерес к катамнестическому изучению этого заболевания. Появились единичные сообщения о благоприятных результатах излечения бывших пациентов К. Kahlbaum, [Hess, 1905; Pachantoni D., 1910]. Однако полученные данные не нашли должного отклика у современников и эти исследования не были продолжены. Понятие гебоида, выделенного К. Kahlbaum, постепенно утрачивало четкость и становилось все более неопределенным в описании различных психиатров, как в отношении клинического проявления, так и занимаемого места в систематике психозов. Идея патологического развития, связанного с возрастными биологическими фазами, в трактовке гебоидов отступила на задний план и совершенно исчезла из поля зрения психиатров. При выделении гебоидофрении исследователи часто пользовались не комплексом ее признаков, на чем так настаивал К. Kahlbaum, а лишь отдельными ее чертами. Поэтому к гебоидофрении относили самые различные клинические состояния.

В нозологической системе Крепелина, построенной на жестких критериях прогрессивного течения с обязательным исходом в слабоумие, гебоидофрения как относительно благоприятная форма заболевания не нашла отражения. Случаи, соответствующие гебоидным, Е. Краепелин поначалу описывал среди легких вариантов (1893), а затем включил их в простую форму *dementia praecox* (1915). Поставив акцент на синдромальном разделении форм *dementia praecox*, Е. Краепелин игнорировал не менее существенный критерий для этой группы болезней — начало заболевания в период полового созревания.

Указанные обстоятельства привели к тому, что все отличие гебоидов стали сводить лишь к наличию «этических отклонений», антисоциальности, слабой выраженности продуктивных симптомов и относить гебоидов в одну группу с больными простой формой шизофрении, легкими вариантами гебефрении [Сербский В. П., 1902; Осипов В. П., 1926; Bleuler E., 1896; Diem O., 1903; Stransky E., 1914; Stelzner H., 1914; Minkowsky E., 1927] или к вялотекущему раннему слабоумию (шизофрении) [Эриксон Э. В., 1905; Суханов С. А., 1905; Maier H., 1908]. Многими психиатрами случаи, аналогичные гебоидам, описывались как проявления начального периода раннего слабоумия [Пильч А., 1930; Pascal C., 1911; Краепелин Е., 1912; Jaspers K., 1913; Homburger A., 1926 и др.]. Все эти исследования, безусловно, содержали важные общеклинические факты, однако ничего нового не прибавляли к проблеме гебоидофрении и, более того, приводили к постепенному

растворению ее как клинической единицы. Это особенно было выражено в работах E. Bleuler.

Освободив учение о шизофрении от представления о ней как о едином заболевании, E. Bleuler (1911) направил внимание исследователей на более детальное изучение отдельных заболеваний, включенных в группу шизофрении. Расширяя границы простой формы шизофрении за счет невротических и психопатических состояний различного генеза, он заменил принцип прогрессивного течения болезни критерием дееспособности больного, его социабельностью (1922). Гебоидов, описанных K- Kahlbaum, E. Bleuler отнес к простой форме шизофрении, так как их главным отличием считал нарушение социальных чувств и действий. Поскольку группа простой шизофрении в систематике Блейлера была сборной как по клинической картине, так и по характеру течения заболеваний, то и понятие гебоидов тем самым утратило какую бы то ни было специфичность. В работах E. Bleuler и его последователей [Berze J., 1923] было ценным указание на общность признаков гебоидофрении с шизофренией, однако характеристика их была более социальной, чем клинической.

Считая основным признаком гебоидофрении второстепенный и не обязательный признак-тенденцию к правонарушениям, G. Rinderknecht (1920) выдвинула понятие «криминального гебоида». Характерным для этих лиц она считала снижение интереса в области эмоциональной сферы, пассивность и равнодушие с выраженными антисоциальными наклонностями, проявляющимися с раннего детства. G. Rinderknecht относит их к шизофрении на основании специфических «основных симптомов», выделенных E. Bleuler, т. е. признаков дефекта. Автор никак не оговаривает значение возрастного фактора в развитии этого заболевания. Отличительную особенность данной группы больных она видела не в клинических критериях, а в социальных— в антисоциальных установках пациентов, поэтому термин «криминальный гебоид» не был принят психиатрами как «лишенный психопатологической сущности» [Аккерман В. И., 1933].

Несмотря на то что выделение G. Rinderknecht «криминальных гебоидов» в отдельную форму заболевания было мало обоснованно клинически, мимо внимания вдумчивых психиатров не мог пройти факт клинического своеобразия ряда этих случаев. В 1921 г. F. Meggendorfer выделил группу заболеваний, соответствующую гебоидофрении Кальбаума и назвал ее паратимия, или психопатия с шизофреническим уклоном. В отличие от психопатии у больных этой группы психические расстройства нарастали резко и только в возрасте полового созревания. Признаки болезни не являлись стационарными, а постепенно нарастали, хотя течение ее клинически было едва

заметным. В этих случаях можно говорить лишь о периоде психического заболевания, так как нередко в возрасте старше 20 лет больные приходят к спокойствию и порядку и приобретают полезную профессию. На основании катамнестического исследования около 100 больных с 20—40-летней давностью заболевания F. Meggendorfer делает вывод об относительно благоприятном прогнозе заболевания, которое прежде считалось безнадежным. Главным признаком этого заболевания F. Meggendorfer считал не душевное опустошение, а «переворот чувств», их извращение, амбивалентность. Это обстоятельство и позволяло ему говорить об относительной самостоятельности и указывать на пограничный характер ее» местоположения по отношению к группе шизофрении в целом. Однако F. Meggendorfer указывал на сходство паратимии с гебефренией по принципу начала заболевания в молодые годы и особенностям возрастной окраски картины.

Мысль о. пограничном характере паратимии (гебоидофрении) по отношению к шизофрении получила свое развитие у сторонников разделения шизофрении на «истинную», «ядерную», соответствующую *dementia praecox* Краепелина, и симптоматическую, или краевую, «атипичную» шизофрению [Kleist K., 1923; Bumke, 1924, 1934; Ewald G., 1930]. В особенности это касалось французских психиатров. В систематике шизофрении они отводили гебоидофрению промежуточное место между шизофреническим психозом и шизоидней, соответствующее шизомании [Claud H., 1924; Halberstadt G., 1924; Guirand P., 1927]. Этих авторов объединяла общая нозографическая точка зрения на гебоидофрению как на форму заболевания, стоящую особняком по отношению к основной группе шизофрении, обладающую стертой прогрессиентностью и малой выраженностью «основных» шизофренических расстройств. Это и заставляло авторов говорить о краевых, пограничных шизофрениях в случаях гебоидофрении. По существу понятие «гебоидофрении» у французских психиатров слилось с понятием «вялых форм шизофрении».

С конца 20-х годов XX века интерес к изучению гебоидофрении был явно утрачен. В основном на гебоидов ссылались в тех случаях, когда хотели подчеркнуть относительно менее злокачественное течение гебефренической формы или стертость продуктивной симптоматики простой формы [Краснушкин Е. К., 1933, 1936; Каннабих Ю. В., 1934; Weygandt W., 1935]. Во многих случаях гебоидные проявления рассматривались лишь как симптомы дефекта. Причем одни авторы склонны были относить гебоидофрению к «мягким» формам шизофрении [Розенштейн Л. М., 1933; Маслов Е. В., 1937; Schneider A., 1923; Kronfeld A., 1928], а другие [Кербиков О. В., 1933] считали, что наличие гебоидных расстройств не позволяет диагностировать

благоприятное течение шизофрении. Некоторые же психиатры выделяли гебоидофрению в самостоятельную форму внутри «истинной» шизофрении, акцентируя внимание на возрастной окраске ее клинической картины [Bostroem A., 1937; Burger-Prinz П., 1940; Lange J., 1943].

Новое оживление внимания к гебоидофрении, описанной К. Kahlbaum, было связано с конституционально-биологическими исследованиями Е. Kretschmer и с развитием научного метода сравнительно-возрастного изучения психозов.

Пробужденный Е. Bleuler интерес к учету особенностей личности при суждении о характере психических заболеваний, его учение о латентной шизофрении как промежуточном звене между выраженной шизофренией и конституциональными свойствами личности нашли свое дальнейшее развитие в работах Е. Kretschmer, имеющих непосредственное отношение к проблеме гебоидофрении. Е. Kretschmer (1930) считал, что в шизофреническом цикле трудно отделить здорового от больного, особенно в периоде полового созревания, когда чаще всего начинается шизофрения. Он полагал, что в таких случаях очень трудно решить, имеем ли мы дело с предпсихозом, началом психоза или психологическими продуктами уже закончившегося приступа, либо все это лишь «бурное и причудливое половое развитие шизоидной личности». Игнорируя качественную разницу между прогрессивностью как необходимым качеством болезненного процесса и динамикой личности, Е. Kretschmer предпочитал говорить о «надломе» шизоидной личности в периоде полового созревания, в результате которого наступает явное ее снижение. Такие состояния он рассматривал лишь как «биологический эквивалент шизофренического процесса». На этом основании Е. Kretschmer (1949) говорил о непрерывном ряде «биологических вариаций... от обыденных трудностей пубертата... через случаи... резко акцентуированных психопатических пубертатных кризов до легких гебоидов и оттуда далее к тяжелым формам распада юношеского помешательства» (с. 128). Таким образом, гебоидов автор рассматривал как пограничную промежуточную ступень на пути от нормы к болезни, а гебоидофрению — как форму, «смежную с шизофреническим кругом». По сравнению с пубертатным кризом, как нарушением нормального развития, гебоиды представляют собой легкие случаи шизофрении, в которые переходят в неблагоприятных случаях пубертатные кризы. Впоследствии Е. Kretschmer (1953) вынужден был усомниться в категоричности утверждения, что «в несомненных переходах между тяжелыми пубертатными кризами и легкими гебоидами» речь идет лишь о количественном нарастании одних и тех же вредностей, и высказал предположение о возможности присоединения в этих случаях еще неизвестного

процессуального фактора.

Работы E. Kretschmer носят теоретический характер. Он не касается вопросов клинического анализа состояний, взятых им лишь для иллюстрации подтверждения своей концепции. Однако привлекают внимание позиции E. Kretschmer в отношении происхождения этих психических расстройств, взгляд на пубертатные явления как на единый биологический процесс, подчеркнутое им значение биологических особенностей личности. Рассматривая шизофрению в широкой группе кризисных пубертатных процессов, E. Kretschmer (1953) впервые сформулировал положение о гебоидных состояниях как разновидности нарушенного пубертатного развития, хотя с чисто психологических позиций дифференцировал их от простых кризов только более выраженной «непостижимостью» симптомов. К сожалению, эти важные положения E. Kretschmer не нашли должного развития у представителей клинического направления в психиатрии и были отброшены ими, по-видимому, вместе с его спорной антинозологической концепцией.

В связи с возросшим интересом к пубертатному возрасту и выделением отдельной ветви клинической психиатрии — психиатрии пубертатного возраста гебоидофрения привлекает все большее внимание немецких исследователей. В определении ее сущности многие, главным образом детские, психиатры придерживаются высказанного E. Kretschmer взгляда на гебоидофрению как пограничное по отношению к шизофрении состояние [Kothe B., 1957]. W. Kretschmer (1972) рассматривает гебоидов как стертые варианты гебефрении, но видит их различие лишь в психоаналитических критериях различных измерений личности и психологической понятности. В работе W. Kretschmer очень важна, однако, идея взаимоотношения юношеской фазы развития и психозов, которую он подчеркивает на протяжении всего исторического обзора этой проблемы. Более крайнюю позицию среди немецких детских психиатров занимают H. Stuffle (1959, 1963) и Ch. Wieck (1965), склоняющиеся к признанию нозологической самостоятельности гебоидофрении. Они обосновывают свою позицию тем, что гебоидофрения не разрушает личности и не вызывает основных «ядерных» симптомов шизофрении, т. е. оба автора обращают внимание на малую прогрессивность гебоидофрении. Большое клиническое значение имеет наиболее четко и определенно высказанная Ch. Wieck мысль не только о тесной связи возникновения гебоидофрении с пубертатным возрастом, но и о преимущественном проявлении ее клинической картины симптомами видоизмененных психических свойств этого биологического периода в развитии.

Взгляд на гебоидофрению как на пограничную форму по отношению к шизофреническим психозам широко представлен в

современной французской психиатрии. Причем в отличие от немецких психиатров, связывающих эту проблему с вопросами общебиологического развития, французские авторы базируются на традиционном дихотомическом подходе к нозологии шизофрении. Лишь немногие психиатры относят гебоидофрению к «ядерной» группе раннего слабоумия [Baruk H., 1959; Gayral L., 1962, 1967].

Большая же часть психиатров Франции выносит гебоидофрению за рамки «истинной шизофрении». Так Н. Еу (1955) относит ее к группе малых форм, краевых, граничащих с неврозом, в диагностике которых использует как клинические критерии (выявление негативных расстройств), так и психоаналитические, последние преобладают при трактовке случаев с малой прогрессивностью. Позиция Н. Еу относительно гебоидов двойственна. С одной стороны, он относит их к прогрессивным шизофрениям, а с другой — сближает их с развитием аномального характера. Закон возраста и массивности Клерамбо (1942), который, по мнению Н. Еу, определял «потенциал эволюции» в случаях «истинной шизофрении», применительно к малым формам не учитывался. К определению клинической картины гебоидных состояний Н. Еу подходил несколько односторонне, с учетом лишь расстройств моральной сферы и инстинктов. Все это вместе и давало ему основание расширять группу гебоидофрении за счет психопатических состояний. В своих последующих работах совместно с P. Bernard и Ch. Brisset (1967) Н. Еу отводит гебоидам еще более пограничное по отношению к шизофрении место, относя их уже к предшизофреническим (абортивным) формам, лишенным, по его мнению, специфических для шизофрении свойств, и рассматривает их лишь как «путь вхождения в шизофрению». Применительно к этим формам Н. Еу уже почти целиком пользуется психоаналитическими трактовками. Но вместе с тем здесь Н. Еу проводит мысль о связи гебоидного состояния с юношеским периодом как по времени, так и по проявлениям и приводит дифференциальную диагностику с ювенильным кризом. Сходной точки зрения придерживаются J. Guyotat, J. P. Losson (1968).

P. Pischot (1956) также относит гебоидофрению к атипичным по отношению к «основным» формам шизофрении. В предложенной Pischot (1962) классификации психических болезней, составленной по этиологическому принципу, случаи гебоидофрении более всего соответствуют 1-й группе болезней: «состояния, вызванные эндогенными причинами, проявляющиеся в период развития». P. Pischot отличает их от 5-й группы: «состояния, обусловленные психологическими причинами в период развития», к которой он относит неврозы.

Особое положение гебоидофрении по отношению к шизофрении

обсуждается в ряде специальных работ, посвященных этому вопросу. J. Chazoud (1961, 1964) хотя и относил гебоидов к шизофрении, но подчеркивал их пограничный характер, применяя к ним название «маттоиды».

Определяя в целом гебоидофрению как «тенденцию характера», автор подчеркивает сходство поведения этих больных с поведением подростков, но в трактовке сущности гебоидных расстройств автор пользуется психоаналитическими категориями, поэтому нозологическое положение гебоидофрении в понимании J. Chazoud остается неопределенным.

По существу тот же подход к нозологической природе гебоидофрении мы находим и в специальной работе J. Carraz (1969), S. Guibert и соавт. (1979). Хотя авторы и склоняются к выделению гебоидов в отдельную клиническую форму шизофрении, ими постоянно подчеркивается атипичный характер их по отношению к шизофрении. В работе J. Carraz все время идет противопоставление шизофрении и гебоидофрении. Явная тенденция французских психиатров — привлекать для анализа клинических факторов при гебоидофрении психоаналитические приемы приводит, по выражению J. Chazoud, к тому, что «описание гебоидов в современной литературе, к сожалению, утрачивает клиническую точность».

Правда, некоторые французские психиатры занимают более определенные клинические позиции. Так, G. Heuyer и J. Laroche (1959) не признают клинического значения за термином «предшизофрения», не без оснований полагая, что это вносит путаницу в понятия здоровья и болезни, и говорят о стертой шизофрении. Однако внутри стертой шизофрении они по симптоматическому признаку выделяют ряд форм. В результате этого, например, в работе G. Heuyer, P. Duranton, J. Laroche (1957) гебоидное состояние при шизофрении описывается под рубриками «прагматический дефект с социальным прагматизмом», «псевдохарактерологическая форма», «судебно-медицинская форма».

Следует особо упомянуть работу итальянского психиатра V. Signorato (1962), посвященную гебоидофрении, которую характеризует клинический подход к разбираемой проблеме. Основываясь на синдромальном принципе систематики, автор выделяет гебоидофрению в самостоятельную форму шизофрении. Автор считает прогноз гебоидофрении относительно благоприятным, но в редких случаях возможен переход в другие формы. В рамках варианта простой формы шизофрении с благоприятным течением описывал гебоидофрению Cabaleiro Goas (1958).

Польский психиатр Т. Bilikiewicz (1969) выносит гебоидофрению за рамки шизофрении, выделяя гебоидную психопатию.

В современной американской психиатрии, согласно официальной классификации в руководстве по диагностике и статистике психических расстройств — DSM — III [Spitzer R. L. et al., 1978], случаи, соответствующие гебоидофрении, вынесены за рамки шизофрении. Эти проявления наряду с другими случаями вялотекущей или «пограничной шизофрении» рассматриваются здесь в классе «расстройства личности» (психопатии в нашем понимании). Патогенез заболевания в этих случаях американские исследователи объясняют психологическими конфликтами возраста и изменяющейся с возрастом социальной среды и социальных отношений.

Определяя шизофрению просто как психологическое развитие [Edelston H., 1949; Rodnick E. H., 1968], американские психиатры сходную с гебоидной симптоматику трактуют как «борьбу Я и ОНО на основе полной и качественной перестройки влечений» [Freud A., 1960, 1961]. Асоциальное поведение этих больных они рассматривают как «способ осуществления своих конфликтов и переживаний» [Schulz C. G., Kilgalen P. K., 1969], наркоманию — как «стремление затормозить агрессивность», «ослабить сексуальный инстинкт» [Zimmering P. et al., 1952; Gould R. E., 1971] и явление «хиппи» рассматривают как «вид выражения погранично-асоциальной личности подростка с переживанием отчуждения», хотя и отмечает, что среди них немало больных с изменением психики. Не случайно поэтому, что описание проявлений гебоидной шизофрении нашли отражение в работах, посвященных клиническим и социальным аспектам преступности, наркомании, особых форм поведения молодежи [Preip W., 1975; Cant-well M. D., 1928; Lewis D. O. et al., 1978; Macvicar K., Dillon M., 1980]. При дифференциальной диагностике они базируются на психогенетических трактовках этих состояний и недооценивают их биологическую сущность, придают особое значение частоте конфликтов с окружающими, столкновений с полицией [Neal P. Q., Robins L. N., 1958; Roumajon G., 1966; Davidman H., Preble E., 1966; Stoff D. H., Wilson D M., 1967, 1968]

Даже американские психиатры, придерживающиеся клинического взгляда на проявления гебоидной шизофрении, в объяснении отдельных ее симптомов прибегают к психодинамическому приему. Так, S. L. Dunaif и P. H. Hoch (1955) описывают подобные гебоидофрении состояния под названием «псевдопсихопатической» и «псевдохарактерологической» шизофрении. Однако, расценивая эти состояния как шизофрению «с адаптацией на уровне невротических и психопатических», они дают психоаналитическое толкование происхождению и сущности их клинических

проявлений.

В современной зарубежной литературе уделяется большое внимание вопросам психических нарушений в пубертатном возрасте, взаимоотношению так называемых пубертатных кризов и шизофрении. Однако большинство этих работ характеризует психологический и психоаналитический подход к трактовке болезней подросткового периода. Рассматривая криз созревания как «обнаженный душевный конфликт» [Mayer J., 1962], «изживание неадекватного аффективного напряжения», связанного с «фазами сексуальности» [Busnelli C., 1956], сторонники психоаналитического подхода к заболеваниям пубертатного возраста говорят о чисто количественных переходах от здоровья и психопатических состояний к неврозам и шизофрении [Edelston H., 1949; Sands E. D., 1956; Lownau H. W., 1961; Feldman H., 1967], заявляя о невозможности применять к ним нозографическую классификацию [Girard P., 1962]. Поэтому некоторые авторы предпочитают говорить об особом типе «пубертирующих подростков» [Debesse M., 1958; Stockert F. G., 1961]. Американский психиатр Y. F. Masterson (1956, 1966, 1967, 1968), много и плодотворно в клиническом плане изучавший гебоидофрению, хотя и считает применение теории экзистенциализма несостоятельным без учета и клинической дифференциации психических нарушений, тем не менее при оценке состояния этих больных пользуется психодинамическими тестами, допуская непрерывный ряд переходов от здоровья к болезни. Он прибегает к неопределенному диагнозу — «отроческое смятение». Под этой рубрикой и описываются больные шизофренией с гебоидными расстройствами.

В советской психиатрии мнение о нозологической принадлежности гебоидов к шизофрении поддерживается почти всеми психиатрами, которые так или иначе касаются, этого вопроса. Лишь Л. С. Юсевич (1947) термином «криминальные гебоиды» обозначала психопатических личностей.

В современной отечественной науке клинические исследования гебоидных расстройств тесно связаны с разработкой вопросов детской психиатрии и главным образом с работами Г. Е. Сухаревой. Уже в 1933 г. Г. Е. Сухарева выделяла среди шизофрении пубертатного возраста медленно текущие случаи с выраженными аффективными нарушениями и падением работоспособности, которые она рассматривала как близкие к случаям, описанным G. Rinderknecht и F. Meggendorfer. Основным их отличием Г. Е. Сухарева считала аномалии социального поведения. В 1937 г. Г. Е. Сухарева среди форм вялотекущей хронически протекающей шизофрении у подростков наряду с кататонической, простой и параноидной выделяет и гебоидную. Но, считая такое деление

искусственным, все эти формы рассматривает как варианты одной простой формы. К гебоидным расстройствам она относит только изменения личности, среди которых ведущими являются расстройство мышления, аффекта и влечений В прогностическом отношении Г. Е. Сухарева расценивала гебоидный вариант как более тяжелый по сравнению с простым вариантом выделенной ею вялотекущей формы. Некоторое утяжеление прогноза в целом при гебоидофрении можно было объяснить следующим. С одной стороны, в группу гебоидов вошли случаи с более злокачественным течением, начальный этап которых имел сходную с гебоидной симптоматику и приходился на ранний пубертатный возраст, доступный для наблюдения детским психиатрам (до 16 лет). С другой стороны, часть случаев гебоидов с относительно благоприятным исходом поначалу Г. Е. Сухарева была склонна относить к тяжело протекающим пубертатным кризам. В ряде своих более ранних работ (1926, 1939, 1933) она отмечала сходство проявлений при этом варианте шизофрении с психическими симптомами пубертатного периода, особенно у психопатических шизоидных личностей. Однако, несмотря на общие признаки, между этими двумя процессами имеется качественное различие, на котором позднее особенно акцентировала внимание Г. Е. Сухарева (1961). В основе их лежат различные биолого-патогенетические факторы. Если психопатия представляет конституциональную аномалию, то шизофрения является деструктивным прогрессивным процессом и сопровождается упадком психики, тогда как при психопатии происходит прогрессирование психики. Г. Е. Сухарева (1962, 1970) считала, что роль возраста начала процесса является решающей для типа течения и синдромологического оформления клинической картины, это позволяло ей относить гебоидное состояние к «преимущественным» для подросткового возраста синдрома.

Положения Г. Е. Сухаревой были развиты в ряде работ ее сотрудников и других детских психиатров [Витебской К. С., 1958; Мамцевой В. Н., 1964, 1979]. Вслед за Г. Е. Сухаревой (1961) авторы рассматривают гебоидные состояния в рамках особой формы шизофрении, в патогенезе которой играют роль церебрально-эндокринные нарушения в подростковом возрасте. Ряд детских психиатров в последнее время считают возможным говорить о гебоидных расстройствах при шизофрении и в раннем детском возрасте, как при непрерывном течении, так и в приступах, но описывают при этом преимущественно расстройства влечения на фоне глубокого эмоционального снижения [Сканави Е. Е., Вишневская А. А., 1963; Шашкова И. А., 1970; Абрамович В. Л. и др., 1973; Валуева О. И., 1974; Головань Л. И., Самбунова Г. С., 1973; Выборнов А. В., 1979]. М. Ш. Вроно (1971, 1983) шизофрению с гебоидным синдромом относит к формам с относительно малой прогрессивностью и непрерывным течением. Он также

подчеркивает «преимущество» гебоидных расстройств для пубертатного возраста. В дальнейшем, ссылаясь на данные сотрудников, он уже говорит о возможности развития гебоидных расстройств и в структуре стертого приступа при шизофрении.

В работах, посвященных шизофрении у взрослых, гебоидофрения обычно рассматривалась в рамках простой или вялотекущей формы ее. Почти единодушно исследователи относили к гебоидным расстройствам проявления, характеризующиеся грубым эмоциональным снижением с так называемым расторможением влечений и нередко антисоциальным поведением. При этом возрастным критерий при определении гебоидных расстройств учитывался не всегда. По-разному давалась и психопатологическая оценка гебоидным расстройствам, одни считали их только негативными, другие были склонны говорить об их продуктивном характере. Все это вело к весьма разноречивым мнениям относительно прогностической оценки гебоидного состояния.

Р. А. Наджаров (1955) в работе, посвященной вялотекущей шизофрении, описывал гебоидные состояния в группе, более близкой к простой форме с психопатоподобными изменениями личности. В дальнейшем (1964), описывая вариант с гебоидофреническими расстройствами в рамках простой ядерной шизофрении, он подчеркивал меньшую злокачественность течения в этих случаях и близость к относительно вялому течению. Очень важным в клиническом и теоретическом отношении является указание на сочетание гебоидных расстройств с искаженными проявлениями его пубертатного криза. Автор особенно обращает внимание на положение об обратимости расстройств, которые прежде считались чисто негативными, и подробно разбирает вопрос о функциональном характере проявлений, к которым относятся и гебоидные симптомы.

В диссертационной работе Р. А. Алексанянц (1957), посвященной простой форме шизофрении, гебоидофрения уже выделяется в качестве ее самостоятельного варианта. Подчеркивается начало в пубертатном возрасте и относительно стационарный характер клинической картины при гебоидофрении. Гебоидные расстройства у этих больных Р. А. Алексанянц расценивает, однако, как проявление шизофренического слабоумия.

В рамках простой формы с достаточно выраженной деструктивно-прогрессирующей тенденцией [Мелехов Д. Е., 1963] описывает гебоидофрению Ш. И. Цициашвили (1958), М. В. Банщиков и Т. А. Невзорова (1967). Начало этих случаев авторы с определенностью относят к пубертатному возрасту. В работе Л. Л. Рохлина и Д. Д. Федотова (1967) мы впервые встречаемся с четким указанием на тип течения гебоидофрении

с затяжными состояниями (длительные формы) и на дефектоподобный характер гебоидной симптоматики.

В последующие годы в связи с тенденцией разделения форм шизофрении в зависимости от степени прогрессивности течения многие исследователи стали описывать гебоидофрению как один из вариантов вялотекущей шизофрении [Кондратьев Ф. В., 1973; Цуцульковская М. Я., 1967; Овсянников С. А., 1972; Наджаров Р. А., 1969, 1975]. При этом М. Я. Цуцульковская (1967) описывала самостоятельный гебоидный вариант юношеской вялопрогрессирующей формы, оговаривая влияние юношеского возраста на развитие гебоидного синдрома как «преимущественно» возрастного. М. Я. Цуцульковская рассматривала гебоидные расстройства как продуктивные образования. А. Е. Личко (1974) также считал характерными симптомами для шизофрении у подростков «изменения по гебоидному типу». Ф. В. Кондратьев (1982), напротив, гебоидные состояния при шизофрении склонен рассматривать преимущественно как «негативные, процессуальные образования».

Суждению о благоприятном течении гебоидофрении немало способствовали и широкие клинико-катамнестические обследования больных, позволившие уже на основании объективных клинических факторов судить об их прогнозе [Попова А. Н., Шмаонова Л. М., 1969; Пантелеева Г. П., 1973; Гладкова К. И., 1977; Цуцульковская М. Я., 1979]. В «Руководстве по психиатрии» под редакцией А. В. Снежневского (1983) гебоидофрения изложена в разделе «Эндогенные психические заболевания» в качестве варианта малопрогрессирующей шизофрении.

В последнее десятилетие авторы особенно часто обращают внимание на значительное учащение психопатоподобных расстройств и гебоидных синдромов при подростковой шизофрении, что ставят в связь с особенностями протекания пубертатной фазы — процессом акселерации у подростков [Личко А. Е., 1975, 1983; Сосюкало О. Д., Кашникова А. А., Большакова А. Г., 1981]. Особенно дискутируется судебно-психиатрический аспект этой проблемы [Кондратьев Ф. В., 1977, 1982; Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1980; Шумаков В. М., Соколова Е. Д., Свириновский Я. Е., 1980; Харитонов Н. К., Наталевич Э. С., 1981; Дмитриев А. С., 1982]. В многочисленных работах, отражающих эти вопросы, акцент ставится на исследование малопрогрессирующих психопатоподобных форм шизофрении и дифференциацию гебоидных расстройств при ней с пубертатными кризами у психопатических личностей [Ментешашвили И. Т. и др., 1967; Озерцовский Д. С., 1973; Фрейеров О. Ф., Наталевич Э. С., 1974; Личко А. Е., 1976, 1979, - 1983; Ковалев В. В., 1979, 1980, 1981; Гурьева В. А.,

Гиндикин В. Я., Исаченко М. П., 1980; Смирнова Т. А., 1980]. Одновременно указывается на возможность развития гебоидного синдрома на начальных этапах злокачественно текущей и параноидной юношеской шизофрении и необходимость разработки в связи с этим проблемы прогноза на начальных этапах заболевания [Наджаров Р. А., 1964, 1972, 1975; Джартов Л. Б., 1965; Местиашвили М. Г., 1967; Дружинина Т. А., 1967; Личко А. Е., 1975; Кондратиев Ф. В., 1977, 1982; Элиава В. Н., 1982].

Таким образом, несмотря на почти вековую историю, проблема гебоидофрении остается актуальной и неизменно привлекает внимание исследователей. Отсутствие единого мнения о ее природе и месте в систематике душевных заболеваний, в частности шизофрении, не только рождает противоречивые и спорные теоретические положения в этой области, но и значительно ограничивает практические возможности психиатров при решении вопросов диагностики, прогноза и терапии этих случаев.

Глава II. Гебоидный синдром и его клиническая типология при юношеской шизофрении

Гебоидная шизофрения

Пантелеева Г.П.,
Цуцульковская М.Я.,
Беляев Б.С.

Среди различных уровней клинической патологии анализ синдромальной структуры и ее динамики является наиболее значимым при изучении разных звеньев патогенеза шизофрении. Являясь непосредственным выражением клинического течения заболевания, психопатологические проявления тем самым оказываются тесно связаны с формообразованием. Отсюда следует, что в практическом (дифференциально-диагностическом) и теоретическом аспектах недостаточно лишь названия синдрома, а необходима тщательная типологическая дифференциация его, что делает насущной разработку феноменологии того или иного состояния. Психопатологии гебоидного состояния это касается в первую очередь, поскольку суждения различных авторов по этому вопросу представляются далеко не завершенными и разноречивыми.

Следует подчеркнуть, что вплоть до настоящего времени не была сформулирована общепринятая, четкая дефиниция гебоидного состояния. Отсутствие единого представления о феноменологическом содержании гебоидных расстройств, их сущности затрудняло выработку четкого их определения и приводило исследователей к выделению лишь какого-либо одного компонента этих расстройств в качестве ведущего и определяющего. Kahlbaum (1890) вместе с тем подчеркивал, что в описанной им форме юношеского психоза расстройство психической деятельности представляет собой нарушение всех

свойств личности, отклонения от этической области касаются здесь всей шкалы человеческих слабостей и пороков, всего человека, особенно психической части его жизни. Он категорически предостерегал против представления о ведущей роли какого-либо одного парциального расстройства. Напротив, как в старых, так и в современных исследованиях доминирует стремление выделить «основное» расстройство при гебоидных состояниях, свести все многообразие его проявлений к патологии какой-либо одной стороны психической деятельности, например, внимания [Daraszkiewicz D., 1892], воли и побуждений [Baruk H., 1959; Kretschmer W., 1972], эффективности [Фридман Б. Д., 1933; Meggendorfer F., 1921; Scheider A., 1923]. Большинство же психиатров считали определяющими при гебоидофрении нарушения в морально-этической сфере, степени нравственного развития [Ковалевский П. П., 1905; Stransky E., 1903; Camia M., 1927; Minkowsky E., 1927; Baliotti L., 1928; Leonhard K., 1968]. Гебоидные расстройства довольно часто определяли как сочетание морального дефекта или «аффективной деградации» с расторможением влечений [Сухарева Г. Е., 1937; Витебская К. С., 1958; Мамцева В. Н., 1964, 1979; Шмаонова Л. М., 1966; Anton G., 1910]. Многие психиатры отличительным свойством гебоидных состояний считали нередко наблюдающиеся у этих больных антисоциальные формы поведения, так называемую криминальность [Pascal C., 1911; Stelzner H. E., 1914; Rinderknecht G., 1920; Guiraud P., 1927; Emma M., 1940; Lange L., 1943; Signorato U., 1962; Carraz J., 1969, и др.]. На этом основании был введен термин «криминальный гебоид» [Юсевич Л. С., 1947; Rinderknecht G., 1920], говорили о судебно-медицинских формах шизофрении [Heuyer G., Duranton P., Larauche J., 1957; Sadoun R., 1957; Stutle H., 1963], о чисто / эндогенной обусловленности криминальности [Frey E., 1951]. Таким образом социологические категории расценивались как критерии клинической оценки состояния, что неоднократно подвергалось справедливой критике [Аккерман В. И., 1933; Цициашвили Ш. И., 1958; Кондратьев Ф. В., 1977].

В последние десятилетия при определении гебоидных расстройств все чаще употребляются термины «психопатоподобные» или «характерологические» (у зарубежных психиатров), что является также неточным и требует дополнительных характеристик в виде расстройств влечений [Щуцельковская М. Я., 1967; Попова А. Н., Шмаонова Л. М., 1969; Шашкова И. А., 1970; Вроно М. Ш., 1971], развязывания элементарных инстинктов [Наджаров Р. А., 1964], эмоционального оскудения и редукции энергетического потенциала, повышенной возбудимости, «псевдоэкстравертированности» [Ануфриев А. К., 1966], оппозиции к семье и обществу с негативизмом к авторитетам [Bender L., 1960; Guyotat J. et al., 1968, и др.], «бурных

конфликтов характера и болезненной иронии» [Hoch P. H. et al., 1962; Chazoud J., 1964; Carraz J., 1969]. Эти определения, конечно, делают более полной клиническую характеристику гебоидных расстройств, но все-таки не раскрывают всего объема этого состояния. Каждое в отдельности эти определения не содержат присущих только гебоидным расстройствам критериев оценки и не отражают исключительной принадлежности гебоидных расстройств к юношескому возрасту, в рамках которого они преимущественно и описывались и зависимость от которого звучала в самом названии этого состояния как гебоидного: Геба — богиня юности в древнегреческой мифологии. Лишь Ch. Wiesk (1965) четко определил гебоидные расстройства как видоизмененные симптомы пубертатного криза.

Проведенное нами специальное изучение психопатологии гебоидного состояния при шизофрении юношеского возраста (190 больных) обнаружило их основное и существенное свойство. Оно заключается в том, что не только условия возникновения гебоидного состояния находятся в прямой зависимости от определенного биологического этапа развития — юношеского возраста, но и клинические проявления его тесно связаны со свойственными периоду полового созревания в норме психическими особенностями. Процесс психического созревания личности протекает не только длительно, но и неравномерно, характеризуется выраженными колебаниями в интенсивности проявлений отдельных психических свойств, их противоречивостью, нестойкостью. Указанные изменения касаются прежде всего моторной области, диапазона аффективных реакций, направленности интересов и отношения к ним. В этот период движения подростка становятся угловатыми, неуклюжими, манеры — резкими. Изменение пропорций тела и рост вторичных половых признаков воспринимаются подростком с чувством озабоченности, часто недовольством своими физическими данными и стремлением к физическому совершенству. Возникает повышенная чувствительность к мнению окружающих, иногда — робость и смущение [K. Jaspers, 1923; Wiesel H., 1960].

Вся психическая деятельность подростка носит выраженную аффективную окраску, происходит обогащение эмоциональной жизни [Смирнов В. Е., 1929]. Эмоциональные реакции выражаются бурно и характеризуются неустойчивостью и противоречивостью, склонностью к «эмоциональным взрывам», «вспышкам отчаяния». Повышенная реакция даже на незначительные психогенные травмы, быстрые переходы от раздражительности к раскаянию, от влюбленности к враждебности, от самопожертвования к эгоизму характеризуют эмоциональную жизнь в период полового созревания.

Появление нового отношения к явлениям окружающей жизни с одновременным расширением внутреннего мира, повышением объема представлений, усложнением круга интересов, пробуждение новых стремлений сопровождается смутным беспокойством, концентрацией внимания на собственных духовных и физических качествах, осознанием реальной ценности своего «Я». Поиски признания значимости своей личности, ее зрелости, повышенное представление о собственном «Я» ведут к неадекватно повышенному самолюбию, чувству непонятости, сопровождаются категоричностью суждений, фанатическим отстаиванием собственной точки зрения [Necker E., 1877; Kahlbaum K., 1889]. Пренебрежительное отношение к родителям, сомнение в их авторитетности, неуважение к общепринятым мнениям и нормам поведения выливаются в упрямство, дерзость, сопровождаются тяготением к расширению контактов со сверстниками.

Вся деятельность подростков тесно связана с субъективными моментами — эмоциональным отношением, степенью заинтересованности предметом и во многом определяется отношением окружающих. Поступки подростков поэтому часто неожиданны, малообдуманно, в них они нередко руководствуются чрезмерными эмоциональными реакциями, что приводит к конфликтам с окружающими, сексуальным и алкогольным эксцессам нередко с последующим раскаянием. Легкая отвлекаемость внимания, рассеянность, умственная утомляемость характерны» для подростков и служат часто источником снижения успеваемости.

Одновременно с этим развитие логических функций мышления, способности к умозаключениям побуждают подростка к размышлениям о происходящих в нем переменах и размышлению об общефилософских вопросах жизни с преувеличенным представлением об идеалах, добре и зле [Wielson H., 1960; Tramer M., 1964].

Повышено стремление пережить приключение, расширить свой кругозор, пополнить «знание жизни» [Ziehen T.K., 1924]. Однако в силу психической незрелости суждения подростков носят зачастую поверхностный, ходульный характер, несут на себе печать напыщенности, подражания. Имеет место акцентирование внимания на чисто внешних, бросающихся, «оригинальных» признаках в ущерб познанию глубины и сущности явления. Именно поэтому так ярко выражены у подростков повышенное стремление ко всему современному, любовь к высокопарным фразам, оригинальничанию, описания которых мы находим еще у старых авторов [Rizor, 1907].

Однако по мере дальнейшей эволюции и совершенствования

психики, роста самосознания, как одного из ведущих звеньев психического созревания, интерес к своему психическому «Я» и желание разобраться в личностных переменах, развитие критического мышления и способности оперировать отвлеченными понятиями все больше способствуют приобщению молодых людей к объективному миру культуры, науки, искусства. Стремление анализировать явления внешнего мира, разрешать абстрактные проблемы сопровождается в этот период снижением интереса к конкретным, профессиональным занятиям [Аркин Г., 1931; Божович Л. И., 1955; K. Jaspers, 1923].

Если охарактеризовать психическую деятельность в эпоху полового созревания, то основными ее чертами являются: 1) выраженная неустойчивость и противоречивость отдельных сторон нервно-психического склада, «смесь несовместимых противоречий» [Zimmering P. et al., 1952]; 2) ведущая роль аффективной сферы, «пубертатная лабильность настроения» [Tramer M., 1964], определяющая все поведение, интересы и занятия подростков; 3) незрелость всех сторон психической жизни подростка как в эмоциональной, так и в сфере поведения, мышления и представлений, оценке явлений окружающей жизни [Дрознес М. Я, 1883; Ганнушкин П. Б., 1933; М. Я. Цуцульковская, 1967]; 4). обращенность психической деятельности к внешнему миру, стремление к расширению контактов, при которых «осознание черт другого человека стоит на более высоком уровне, чем осознание самого себя» [Божович Л. И., 1955]. Лишь с наступлением возраста зрелости, после 20—25 лет как отмечал П. Б. Ганнушкин (1933), исчезает юношеская неуравновешенность и эффективность, появляется практическое приспособление к жизни, зрелость суждений и поведения.

Из описания психических признаков возраста полового созревания уже видны различия их на разных этапах этого периода. Большинство исследователей подразделяют обычно весь пубертатный период с учетом индивидуальных колебаний на две «критические фазы»: первая фаза соответствует возрастному периоду 11—15 лет, вторая — 16—20 лет (соответственно «ранняя» и «поздняя» фазы по М. Брезовскому, 1909).

Первая фаза пубертатного периода в литературе называется по-разному: фаза отрицания [Смирнов В. Е., 1929; Busemann A., 1926], негативистическая [Schopen E., 1918, Villinger W., 1952], упрямства [Cosack H, 1932], протеста против отцов [Kretschmer E., 1953; Nissen G., 1971]. Эти названия отражают ведущие психические свойства этого периода полового созревания — преобладание неустойчивости настроения, повышенной возбудимости, раздражительности, стремление к самостоятельности, а не покровительству [Vallon A., 1967],

протест против старших и упрямство.

Вторая критическая фаза пубертатного периода обычно называется философской [Tramer M., 1964], позитивной [Schopen E., 1918], «ведущего интеллектуального возбуждения» [Смирнов В. Е., 1929; Busemann A., 1927]. Отличительными признаками ее являются рост общественного сознания [Сухарева Г. Е., 1961], выраженное стремление к творчеству в различных областях деятельности, своеобразное изменение круга занятий и направленности мышления в сторону занятий отвлеченными вопросами, рост самосознания и интереса к своему психическому «Я», но с сохранением аффективной неустойчивости и признаками созревания влечений.

Некоторые исследователи выделяют дополнительную критическую пубертатную фазу, которой отводят промежуточное место между описанными негативистической и философской фазами. Эту фазу они относят к возрасту 14—16 лет и обозначают ее как период собственно полового созревания [Tumlirz O., 1927; Cosack H., 1932; Ge-sell A. et al., 1956] или интерсексуальности [Assailli A., 1956]. Этот период полового развития характеризуется выраженным оппозиционным отношением к авторитетам, первым пробуждением свойственных этому возрасту влечений, которые еще довольно незрелы, расширением круга интересов и контактов, стремлением к физическому совершенствованию. Л. С. Выготский (1933—1934) также говорил о «трехчленном строении критического возраста» и делил его на предкритическую, критическую и посткритическую фазы.

Из этих кратких характеристик видно, что такой дифференциальный подход к стадиям периода полового созревания обусловлен не только возрастной разницей, а отражает внутренние закономерности, естественную последовательность биологических этапов эволюции и совершенствования функций головного мозга от более низших, в основном эмоциональных, до высших, интеллектуальных, со способностью к высшим этическим представлениям, синтетической деятельности и логическому мышлению. С нашей точки зрения, правильным является обозначение I фазы как периода становления психической зрелости индивидуума, как фазы «отрочества» [Оршанский И. Г., 1910; Auton G., 1900], «пубертата» [Сухарева Г. Е., 1937], «подростковой» [Щуцельковская М. Я., 1967], II фазы как периода полового созревания, а III фазы как периода собственно «юности» [Оршанский И. Г., 1910; Щуцельковская М. Я., 1967; Auton, 1908], или «позднего пубертата» или «постпубертатного» [Сухарева Г. Е., 1937; Gruhle H., 1952].

**Клинические особенности и
психопатология гебоидного**

**Гебоидная
шизофрения**

синдрома

Пантелеева Г.П.,
Цуцульковская М.Я., Беляев
Б.С.

Особую трудность при квалификации и описании психопатологических свойств гебоидного состояния вызвало то, что описание симптомов шло в двух планах — симптомов развития и их патологической вариации — трудность, которую отмечал K- Schneider (1956) при описании гебефрении, в силу этого находящейся, по его выражению, «в другой понятийной плоскости» по сравнению с другими шизофреническими картинами. Здесь мы встретились с влиянием психологических свойств возраста, с одной стороны, и клинической незавершенностью психопатологических образований — с другой.

Анализ клинического материала показал, что основное и ведущее место в проявлениях гебоидного состояния при шизофрении юношеского возраста занимают психопатологические нарушения, представляющие собой резко утрированные и искаженные до неузнаваемости, свойственные психическим проявлениям пубертатного возраста такие признаки, как юношеская оппозиция окружающему, склонность к противоречию и стремление к самоутверждению. В картине гебоидных расстройств эти свойства, будучи видоизмененными под влиянием болезни до уровня психопатологических образований, принимают резко преувеличенные формы с развитием тотального негативизма и бессмысленной оппозиции ко всем сторонам общепринятого образа жизни с резким противопоставлением себя окружающим.

Столь характерное для пубертатного возраста стремление к независимости, самостоятельности выступает в резко утрированном виде и доходит до гротеска и карикатуры. Больные активно стремились противоречить всякой дисциплине, режиму, установленным авторитетам. Они переставали считаться с удобствами семьи, культивируя полнейшее невнимание к нуждам и заботам родственников или грубо конфликтовали с родителями и обнаруживали полнейшее непонимание неприглядности своих поступков. Такое своеволие в поведении приводило к тому, что больные начинали активно игнорировать все коллективные мероприятия в школе, обособляясь от одноклассников, или держались среди них с необоснованным высокомерием, совершенно переставали учить уроки, посещать школу, а вместо этого прятались на чердаках, проводили время в лесу, в подъездах. Они все больше тянулись к компании антисоциальных подростков, где отсутствие какого-либо контроля и пренебрежение всякой дисциплиной вступало в полное соответствие с грубо оппозиционными установками пациентов, начинали курить, пить вино, играть в карты.

Желание всем своим поведением противопоставить себя

окружающим имело часто самодовлеющее значение в жизни больных, становилось единственной формой общения с окружающими и тогда можно было говорить об элементах сверхценности в подобном поведении. В одержимости желанием доказать свое превосходство перед окружающими больные нередко доходили до нелепости. Так, они открыто называли окружающих «низшей расой», мнили себя «патрициями», а не «плебеями», оправдывали свое поведение ссылками на авторитеты из истории, неизменно стремились подражать в манерах иностранцам, присваивали себе заграничные имена, демонстрируя протест против общепринятого образа жизни. У иных такое стремление к противопоставлению себя окружающим принимало пато-, логический характер вживания в образ желаемого персонажа, обычно обладающего властью над людьми. Так, больные начинали воображать себя графом, дипломатом, — сотрудником контрразведки, отважным индейцем¹ и т. п., — чем полностью диктовалось их поведение. У других больных стремление противопоставить себя окружающий выражалось в удовольствии от того, чтобы как-то унижить окружающих, подчеркнуто проявить оскорбительное для них высокомерие. В таких поступках больных уже звучал элемент извращенного патологического влечения. В некоторых более тяжелых случаях в подобном поведении больных утрачивалась цельная установка, аффективная заинтересованность и поведение приобретало вид манерной напыщенности и стереотипного бессмысленного иронизирования.

На фоне общего обеднения контактов выступало сверхценное отношение к кумирам, которое принимало форму однобокого, одностороннего явления и создавало впечатление странности, чуждаковатости. Больные возводили в ранг кумиров антисоциальных личностей, с восторгом проводили многие часы около подобных лиц, искали их общества, хотя пребывали там без дела, часто ими отвергались. В дальнейшем такое поведение больных становилось все более бессмысленным и приводило к механическим, стереотипным поступкам. Так, больной А., посещавший анти-социальные компании, «по привычке» спешил уйти из дома, прибегал в сквер, просиживал там в одиночестве все вечера. В других случаях больные начинали идеализировать лиц обычно из числа душевнобольных, как правило, оппозиционно настроенных, литературных героев. Причем нередко в подборе этих лиц можно было отметить роль извращенных аффективных реакций и влечений: так, кумирами становились Синяя Борода, фашисты, гангстеры, т. е. персонажи, несущие в себе черты жестокости, садизма, человеконенавистничества. Иногда стремление подражать этим лицам тесно переплеталось с патологическими фантазиями больных, обнаруживая все больший отрыв от реального.

Утрированные. формы принимало и свойственное подростковому возрасту критиканство. Больные начинали без учета ситуации высказывать мнение о несогласии с содержанием любого предмета, вели себя с гротескной бравадой и «беспричинным бунтарством». Их поведение выглядело все более неадекватным, со стремлением противоречить по каждому поводу, дискутировать любой вопрос, превращая спор в самоцель и доводя его до абсурда. Постепенно дискуссии больных начинали носить чисто резонерский и риторический характер, становились бесплодными.

У некоторых больных тенденция к критиканству наблюдалась в отношении узкого круга лиц внутри семьи: родителей, ближайших родственников. Представление об их ошибках и несостоятельности приобретало доминирующее место в жизни больных, становилось сверхценным образованием. Такие проявления болезни содержали в себе также признаки бреда, так как являлись по сути «неверным умозаключением» [Гиляровский В. А., 1958]. Однако убежденность больных в своих умозаключениях оказывалась нестойкой, содержание их находилось и могло изменяться под влиянием высказываний авторитетных для них лиц, во многом было обусловлено состоянием аффекта больного. Все это сближало эти болезненные проявления с бредоподобными фантазиями в понимании В. А. Гиляровского (1958), хотя элемент собственно фантазии в них практически отсутствовал. В других случаях стремление говорить родителям об их недостатках принимало характер влечения, в результате чего больные буквально изводили родителей необоснованными претензиями, превращали их в привычную форму отношений больного с родственниками. Претерпевал изменение и внешний вид больных. В стремлении выглядеть оригинально, бросить вызов окружающему больные доводили подражание до абсурда. Больные ходили грязные, запущенные, вычурно одевались. Во всех деталях их одежды была видна чрезмерность, странность, подчеркнутое противоречие общепринятому стилю. Так, больной Д. разрисовал яркими красками свой костюм, больной С. украшал его обложками иностранных журналов, больной К. являлся в класс, предварительно специально измазавшись в подвале в угольной пыли. Больные могли носить наизнанку пальто, употребляли самодельную одежду из вывороченной овечьей шкуры, ходили по улице босиком и т. п. Такая «манера поведения» имела в себе также элемент сверхценного отношения. Такие больные с упорством тратили массу времени на придание своему внешнему облику соответствующего вида, давали неадекватные реакции ярости при попытке помешать этому. Утрированное внимание к своему внешнему виду в ряде случаев сочеталось с извращенным характером влечений в виде нарциссизма.

Вместе с тем внешний вид и манера поведения больных становились все более неадекватными, приобретали однообразный характер. Они переставали следить за собой, игнорируя правила личной гигиены, носили только одну и ту же одежду, не разрешая ее стирать, ни за что не соглашались надевать какие-либо новые вещи. Например, чтобы заставить вымыться, родители силой бросали больного Р. одетым в ванну. Больные утрачивали элементарное чувство брезгливости: ложились спать в верхней одежде и обуви, начинали есть из грязной посуды, руками, не пользуясь ложкой, бросали объедки на пол. В таком поведении больных можно было лишь отдаленно обнаружить признаки подражания, бравады, вызова окружающему.

Свойственная подросткам склонность к шалостям и проделкам при гебоидном состоянии принимала характер постоянного паясничания, неуместных шуток. Больные не знали меры в своих поступках и игнорировали их последствия, совершенно не учитывали ситуацию, вели себя, как Петрушка, устраивали клоунаду. Поведение больных утрачивало черты остроумия, юмора и все больше выглядело как простое кривляние. В моторике утрачивалась естественность, движения становились вычурными, стереотипными, изменялся почерк. Затем действия больных все больше утрачивали смысл, приобретая характер отдельных стереотипии: они часами раскачивались из стороны в сторону, подолгу перебрасывали одну вещь с руки на руку, начав что-то делать, однообразно повторяли одно и то же действие до бесконечности: часами играли на гитаре, стреляли из игрушечного пистолета в стену, бросали нож в одежду родителей и т. п. Такая деятельность больных была лишена элемента заинтересованности, цели. Они часто не могли объяснить, что для чего это делают. С нашей точки зрения, такие действия больных сближались по своему характеру с кататоническими. Об этом свидетельствовали однообразный, стереотипный характер действий, их бессмысленность и немотивированность [Ротштейн Г. А., 1959; Снежневский А. В., 1963]. Однако отсутствие элементов внезапно возникновения и стремительности в реализации действия, столь характерных для кататонических расстройств не позволяют относить описанные нами симптомы к типичным кататоническим. Кроме того, такой характер поступков касался лишь одной стороны поведения больного и не оципывал его в целом. При тщательном анализе таких даже выражение патологических черт поведения больного можно было и здесь обнаружить в их основе психологические свойства пубертатного возраста, которые выступали под влиянием болезни в грубо искаженном до неузнаваемости виде.

Характерные для подросткового возраста реакции протеста у больных с гебоидным состоянием принимали формы, преувеличенные до неадекватности, и выливались в

бессмысленную оппозицию и негативизм по отношению к окружающему. Больной С. на отказ в мелкой просьбе забаррикадировал в доме все двери, а сам залез за секретер. Другой больной Ч. при сходных обстоятельствах залез на платяной шкаф и долго сидел там, не реагируя на просьбы домашних. Такое поведение больных часто принимало характер стереотипных поступков и постепенно утрачивало связь с какими-либо внешними поводами. В своем стремлении противоречить больные доходили до абсурда, даже причиняя вред себе. Так, многие больные, чтобы «наказать родителей», в ущерб себе отказывались от еды, простаивали часами на сквозняке, под открытой форточкой, чтобы простудиться «назло родителям», лежали часами поперек комнаты на полу, «чтобы помешать родителям».

Реакции протеста больных отличались гротескностью и часто были отставлены во времени по сравнению с вызвавшим их поводом, непонятны, в то же время отличались однообразием. Лишь при тщательном обследовании больного можно было выявить связь поведения с каким-либо незначительным фактом. Они вдруг совершали демонстративного характера суицидальную попытку, впоследствии наивно объясняя ее каким-либо давно забытым всеми фактом, или вспомнив нанесенную им ранее обиду, могли внезапно швырнуть чем попало в родителей, сломать вещи. Подобные поступки больных сопровождались неадекватным аффектом ярости и носили агрессивный и разрушительный характер. Неадекватность такого поведения сочеталась нередко с рационалистическим отношением больного к своим действиям, тщательным продумыванием их, что отличало характер их реакций от типичных истерических. Внешне такие поступки больных по своей неожиданности, кажущейся безмотивности в тот момент, внезапности возникновения напоминали импульсивные кататонические. Так, в ответ на ущемление в чем-то у больных наступало двигательное возбуждение с выраженным негативизмом, бессмысленной тотальной агрессией к окружающим, они плевали в потолок, не реагируя на замечания. Но такое поведение не было бессмысленным и не было лишено цели в отличие от кататонических действий.

У части больных, в отличие от описанных, свойственные этому возрасту реакции протеста были в основном направлены на общепринятые нормы общественного поведения и выступали в виде утрированного до нелепости пренебрежения правилами общежития, морально-этическими ценностями и идеалами, а все поведение в целом принимало характер неадекватной оппозиции. Стремление противоречить во всем превращалось у больных в самоцель, постепенно начинало занимать доминирующее положение в их жизни, становилось сверхценным. Повод, их вызвавший, и мотивировка поведения

были настолько ничтожными, малоубедительными и неадекватными характеру поступков, что внешне поступки больных были лишены какого-либо смысла, что усиливало впечатление их странности и нелепости. Чтобы «шокировать» окружающих, они шили карикатурную одежду, разрисовывали лицо, придумывали абсурдные названия стихам. У иных больных протест против общепринятого принимал характер бессмысленных антиобщественных начинаний. Например, больной Ш. «в пику всем» неоднократно устраивал одиночные шествия к какому-либо иностранному посольству с самодельными оппозиционными лозунгами. Как правило, в этих случаях в поведении больных отсутствовало глубокое осмысление значения их поступков, оппозиция по существу была подражательной, становилась самоцелью, затрагивала буквально все явления, которые окружали больного.

У других больных на первый план выступало полное игнорирование нравственных норм поведения и мнения окружающих, пренебрежение этическими представлениями. Поведение больных выглядело как сугубо развязное, «невоспитанное», производило впечатление крайней распушенности. Они бравировали грубостью и цинизмом, доходя до чрезвычайной бестактности в своих поступках, вплоть до грубой обнаженности. Больные без всякого стеснения опирались в жилом помещении, цинично вели себя по отношению к одноклассникам.

Склонность к вымыслу, живая деятельность фантазии, как правило, свойственная детям более младшего, до-1нкол#шог. о возраста, при развитии гебоидного синдрома в пубертатном возрасте проявлялась здесь в уродливых патологических формах. Уже сам факт появления фантазирования впервые в пубертатном возрасте, когда приобретает все больший удельный вес способность к абстрактному логическому мышлению, представляется атипичным и свидетельствует, по мнению Г. Е. Сухаревой (1955), о задержке развития. В содержании патологических фантазий находили отражение свойства всему гебоидному синдрому в целом бессмысленный протест и противопоставление себя всему окружающему. Тематика их часто отражала извращенный характер влечений и симпатий больных, их стремление к насилию, жестокости, садистические тенденции. По своему характеру эти патологические фантазии были близки к описанным И. Г. Пакшвер (1962) и В. Н. Мамцевой (1964) бредоподобным фантазиям при шизофрении у детей. Место обычного детского хвастовства занимала лживость, которая нередко носила характер влечения или своеобразной стереотипной привычки. Больные выдумывали о себе различные небылицы, весьма бедные и однообразные по фабуле, как правило, неблагоприятного, порочащего их содержания, но в то же время шокирующие окружающих. Часто

они рассказывали о себе различные вымышленные непристойные истории, нередко сексуального содержания, при этом крайне однообразного, дополняя их различными циничными подробностями, на которых особенно фиксировали внимание слушателей. Протест против родительского авторитета и неприязнь к ним в фантазиях больных при гебоидных нарушениях выступали в форме выдумки о том, что родители их морят голодом, что они у них приемные. Больные доходили в своих выдумках до псевдологии и оговоров родителей. В отличие от бреда здесь имела место диссоциация между содержанием высказываний больных и их поведением по отношению к родителям. Лишь в отдельных случаях больные, заявляя, что опасаются родителей, отказывались с ними спать в одной комнате, клали ножи под подушку, однако эти высказывания были нестойки и во многом определялись стремлением привлечь к себе внимание.

В фантазиях больных с гебоидным синдромом также находила отражение оппозиция существующим нормам жизни. Объектом подражания и мечты становились лица нереальные или соответствующие иному, чем у больного, укладу жизни, или же обладающие возможностями господствовать и властвовать над окружающими. Например, больной Д. мечтал стать милиционером, «чтобы иметь над всеми власть»; другие изображали из себя «супермена», гангстера и др., прельщаясь мотивами мизантропии, воображаемых страданий людей и полного пренебрежения к окружающим. При этом, несмотря на внешнюю сохранность принятых форм поведения, больные утрачивали грань между реальностью и вымыслом, соответственно своей патологической продукции одевались, направляли свою деятельность. Так, больной Д., представляя себя американским фермером, вел себя так, как будто он хозяйничает у себя на ранчо, в беспрекословной форме отдавал распоряжения домашним. В своих фантазиях больные часто воображали себя дружинниками, бродили по улицам, «наблюдая за порядком», носили с собой ножи, кастеты, больной С. даже смастерил кольчугу «для обороны от бандитов». У иных подобное патологическое фантазирование, сопровождалось влечением сообщать родителям различные выдуманные подробности драк, столкновений со, «шпаной», которые поражали удивительным однообразием, монотонностью, фиксацией на различных двусмысленных ситуациях. Постепенно содержание патологического фантазирования целиком утрачивало связь с реальной действительностью больного, его общественными связями, становилось все более аутистическим. В них больные создавали определенный образ жизни, систему взглядов, в основе которых находилась оппозиция к обществу. Сами патологические фантазии больных, таким образом, принимали характер сверхценности и переходили в мировоззрение, целиком определяя деятельность больного и

приводя к выраженному нарушению адаптации больных в обществе.

По формальным свойствам (совокупность ложных идей, овладевающих сознанием больного) эти психопатологические образования очень напоминают бредовые, но отсутствие стойкой убежденности в реальности своих построений [Сухарева Г. Е., 1955; Гиляровский В. А., 1958], налет несерьезности, игры в суждениях больных, наивность обоснования, признаки рисовки и бравады в высказываниях без какого бы то ни было элемента интерпретации делают картину расстройств в этих случаях незавершенной и нетипичной для бредовых и позволяют рассматривать их скорее как приближающиеся к бредоподобным фантазиям. Так, больной В. представлял себя «свободнорожденным», подобно Тарзану, человеком, наиболее соответствующей независимому образу жизни считал «прекрасную страну Бразилию», где «текут чудные реки, растут пальмы и много бананов». Постепенно перешел к утверждению философии сверхчеловека, закаливал себя физически «чтобы быть подготовленным к любой ситуации». Содержание его фантазий было крайне однообразно и монотематично, сводилось к тому, что он «женится на американке, купит лошадь для прогулок, красивую машину «форд» и «загородную виллу» и будет там «загорать и рвать бананы»». Одновременно больной подчеркнуто демонстрировал свое оппозиционное отношение к окружающему, в одежде, манерах подражал воображаемому супермену, сопровождал свои поступки крайне наивными объяснениями. Это все в целом делало внешнее поведение крайне неадекватным.

Как уже неоднократно указывалось при описании различных сторон поведения больных с гебоидным состоянием, отдельные психические проявления его принимали форму влечений. В происхождении этих расстройств также имели значение психологические особенности пубертатного возраста, увязанные с формированием и расширением сферы влечений. С развитием гебоидного состояния характер свойственных периоду полового созревания влечений значительно видоизменялся и нередко принимал не только резко преувеличенные, но и извращенные формы. Помимо нередких для этого состояния перверзных влечений к жестокости, насилию, садизму, которые отдельные авторы рассматривают как характерные проявления шизофрении [Портнов А. А., Федотов Д. Д., 1957], при гебоидных расстройствах почти постоянно встречались такие особенности поведения больных, как склонность к побегам, бродяжничество, сексуальная распушенность, неумеренное употребление алкогольных напитков и наркотиков, стремление к азартным играм, воровству. Однако характер и содержание этих расстройств при гебоидном состоянии не были однозначными и

имели свои особенности.

В случаях бродяжничества влечения больных не были самоцелью, совершались не без разбору, а сопровождались выбором и учетом обстановки, компании. Немалую роль в таком поведении больных играл элемент подражания, стремления к самоутверждению как взрослого. В некоторых случаях бродяжничество больных выступало в качестве компенсации отсутствующей полезной и продуктивной деятельности больных. Больные начинали почти все время проводить в кино, скитаться по улицам и окрестностям, совмещая подобные влечения со сверхценным малопродуктивным интересом к каким-либо вопросам. Подобные влечения не воспринимались больными как непреодолимые, а напротив, сопровождались чувством удовлетворения, хотя и не имели определенной мотивации.

Особенность такого рода влечений заключалась в том, что постепенно они становились все более неадекватными, стереотипными и по существу утрачивали истинный компонент влечения. Больные равнодушно воспринимали всякие неудобства во время своих скитаний, не гнушались ночевать в мусорных ящиках или на вокзалах. Действия больных становились все более привычными и превращались в единственную форму времяпрепровождения. Так, больные бесцельно катались на электричках до тех пор, пока их не доставляла домой милиция, целые дни бессмысленно проводили в метро, объясняя тем, что там светло и чисто, допоздна в одиночестве и без дела засиживались в кафе, пока их оттуда не прогоняли, и т. п.

Нередким симптомом гебоидного состояния при шизофрении являлось также влечение к коллекционированию предметов, чаще ненужных, в котором больные доходили до нелепости, собирая с упорством старые билеты в кино, трамвайные талоны. У иных больных на первый план среди нарушений влечения выступало расторможение полового влечения, неумеренное употребление алкогольных напитков, наркотиков, занятия азартными играми. Все эти явления обычно обозначаются общим термином «развязывание влечений», тогда как по существу он не исчерпывает всех особенностей указанных расстройств. Больные без разбору вступали в половые отношения, без всякой привязанности к партнеру. «Распущенное» поведение больных сопровождалось часто отсутствием самого сексуального влечения или его выражено незрелым характером, определялось больше бравадой, инфантильным сверхценным стремлением к «коллекционированию» партнеров. У иных больных незрелость сексуального влечения сопровождалась длительным застреванием на уровне бисексуальности, которая получала при гебоидном состоянии резко утрированные формы с характером

перверзных влечений, принимающих нередко форму нарциссизма. Без всякого чувства стыда они обнажались перед родственниками другого пола, до нелепости холили и украшали себя, превращая это в характер утрированного сверхценного культа с полным отсутствием критики. Малая дифференцированность влечения у больных с гебоидным состоянием выступала в грубо искаженной форме в виде постоянного стремления к «обнаженным» разговорам и однообразным рисункам на сексуальные темы, незрелой сексуальности по отношению к родителям, сестрам.

Стремление к неумеренному употреблению алкоголя и наркотиков, как и при других видах нарушения влечения, часто не сопровождалось компонентом непреодолимости и тем более насильственности. В данном случае речь шла скорее о нарастающих явлениях психической слабости с ослаблением самоконтроля и безволием. На фоне общей пассивности больных стремление к азартным играм, выпивкам нередко занимало ведущее место в гебоидном состоянии, становясь привычным необходимым атрибутом их поведения (см. главу IV).

Нередкое участие больных с гебоидным состоянием при шизофрении в правонарушениях (кражи, хулиганские действия и др.), как и склонность к употреблению алкоголя, определялось не столько выраженными расстройствами влечения, сколько нарастающими явлениями слабости волевых функций с неспособностью управлять своими действиями, выступающими в совокупности с пассивным следованием больных примеру окружающих их лиц, патологически утрированным стремлением к мнимой свободе в поступках и протестом против действующих этических норм, на что также указывали ранее P. Werner, W. Spiel (1963). В некоторых случаях эти стремления больных диктовались извращенными аффективными реакциями и интересами, совершались с целью разнообразить впечатления, познать ощущение вора и т. п. Болезненно видоизмененные психологические свойства, облекшись в привычные формы поведения, приводили к выраженному нарушению социальной адаптации, формы проявления которой нередко принимают антисоциальный характер.

В некоторых случаях влечения больных носили отчетливо импульсивный характер. Больные периодически совершали внезапные нелепые кражи, изнасилования, неожиданно убегали из дома и бесцельно бродяжничали по нескольку дней или запойно пьянствовали. Эти влечения чаще возникали в виде моносимптома на фоне выраженных негативных изменений личности и явлений задержки психического развития и всегда свидетельствовали о более глубоком уровне расстройства психической деятельности больного [Снежневский А. В., 1970].

Для больных с гебоидным состоянием при шизофрении юношеского возраста характерно было сочетание описанных выше влечений (бродяжничество, пьянство, сексуальная распущенность и др.) со стремлением к деятельности, имеющей интеллектуальное содержание и также принимающей характер влечений, обычно обозначаемых как высшие влечения. Одним из характерных проявлений такого рода «высших» влечений при гебоидном состоянии было выступающее в резко преувеличенном виде свойственное юношескому возрасту стремление к духовному самоусовершенствованию. Оно принимало довлеющее значение в деятельности больных и сопровождалось одновременным отходом от реально значимых занятий. Интеллектуальное содержание этих занятий все более обнаруживало тенденцию к занятиям более общими отвлеченными вопросами. Эти увлечения больных также сопровождалось столь характерным для гебоидного состояния утрированным стремлением противопоставить себя обществу в целом с выраженной критической оценкой всех сторон жизни. В выборе тематики занятий больных находил отражение доведенный до гротеска протест против всего общепринятого. Больные посвящали свою деятельность изучению каких-либо экстравагантных направлений в литературе, искусстве, культовых обрядов, старинной музыки, архитектуры и т. п. Их умозаключения отличались подражательством авторитетным знакомым, базировались на сведениях популярной литературы. Знания больных чаще были несистематизированы, лишены глубокого осмысления вопроса.

В противовес расширению круга интересов, свойственного юношескому возрасту в норме, при гебоидном состоянии у больных шизофренией внимание сосредоточивалось на узком круге вопросов, как правило, абстрактного содержания. Занятия «творческой» деятельностью и реформаторскими планами больные проектировали без учета собственных возможностей и ситуации, с претензией на оригинальность. Как правило, они начинали отстаивать враждебную гуманизму идеологию, жизненную философию мизантропии, «примата сильного». Внимание больных неизменно привлекали сочинения Ницше, Шопенгауэра, Томаса Торквемадо, М. Штернера и др., проповедующих философию индивидуализма и человеконенавистничества.

Занятия отвлеченными проблемами постепенно принимали у больных все более односторонний характер, осуществлялись с одержимостью, сопровождались сверхценным отношением к ним. Без всякой коррекции они открыто заявляли о своих взглядах, развивали бурную деятельность, становились неизменными участниками различных молодежных собраний, дискуссий, где находили «единомышленников», фрондировали. Бросалось в глаза появление необоснованного высокомерия, пустого

однообразного скептицизма, иронии. Претенциозность планов больных всегда резко контрастировала с отсутствием их практической ценности и реальным положением больного в жизни, тем более что они создавались на фоне нарастающей общей бездеятельности больных, совершенно вытесняя интерес к повседневным обязанностям и всяким полезным делам. Больные обнаруживали абсолютное непонимание абсурдности своих занятий и высказываний, их умозаключения было невозможно корректировать, они категорически и огульно отбрасывали все доводы «против» и охотно принимали лишь те мнения, которые были созвучны их заявлениям, Указанные свойства интеллектуальных занятий больных и характера их суждений, а также отсутствие критического отношения к ним и поведению в целом сближали описываемые психопатологические образования с бредовыми характера паранойяльного мировоззрения, реформаторства и т. п., а в некоторых случаях были трудно от него отличимы. Тем не менее ряд характерных признаков не позволяли расценивать эти расстройства как типичные паранойяльные. Прежде всего это касалось тематики интеллектуальных занятий, в которой не обнаруживалось одной господствующей идеи, как при паранойяльном бреде, а выявлялось обычно сочетание нескольких, часто прямо противоположных идей, которые больные отстаивали с одинаковым упорством. Далее, в содержании занятий и высказываний больных отсутствовала строгая система взглядов, субъективная логика доказательств того или иного положения. Посылки, суждения, обоснование, выводы были лишены собственной разработки, и так называемая «кривая логика» бредовых больных здесь подменялась лишь упорным повторением чужих мнений. Концепции больных были лишены оригинальности, содержание их находилось под непосредственным влиянием той микросреды, в которой они постоянно пребывали, и часто преподносилось декларативно и крайне однообразно по форме, что создавало впечатление ходульности образа мыслей. Отсутствие глубокого понимания вопроса, невозможность провести анализ взаимосвязи различных явлений делали «систему» мировоззрения больных нестойкой.

Затем в отличие от истинных бредовых идей психически больных, которые «всегда относятся к ним самим» [Снежневский А. В., 1968], при гебоидном состоянии взгляды больных были не только абстрактны по содержанию, но занимали также как бы отвлеченное отношение и к личности больного. Обычно больные отстаивали лишь неопровержимость того, что лучше, чем окружающие, понимают правоту данной системы взглядов, считали безукоризненной свою точку зрения. В отличие от типичных паранойяльных больных они как бы бравировали своим «Я», проявляли самолюбование.

Кроме того, в отличие от состояния при типичном паранойальном бреде больные с гебоидным состоянием сами по себе не были активными борцами за проведение в жизнь своих теоретических концепций, а напротив, были равнодушны к неприятию их большинством окружающих. Основным смысл их деятельности был направлен на внутреннее удовлетворение от самого процесса идеаторных занятий. Неприменимость и неосуществимость их планов и идей в действительных условиях не тяготила их. Все это делало занятия больных еще более оторванными от реальности, а содержание их теоретических воззрений, лишенных действенного начала — все более резонёрскими, с напыщенностью и витиеватостью. Однако в отличие от просто резонерства высказываемые больными абстрактные построения отличались существованием определенной тематики, относительным постоянством содержания. Причем резонерский характер рассуждений выявлялся лишь при изложении больными своих взглядов и отсутствовал при беседе на другие темы.

Помимо этого, содержание идеаторной деятельности больных носило незрелый характер, отражало подростковую тематику интересов (например, «религия гордых эллинов»). В отличие от аффективной заряженности и непоколебимой убежденности в истинности своих идей у бредовых больных свои умозаключения больные с гебоидным состоянием всегда преподносили с некоторой рисовкой, кокетничали «оригинальностью» своих высказываний, могли пошутить над темой своего мировоззрения, допуская фамильярность по отношению к терминологии при изложении своих идей (например, называли Платона «Платошечкой», нирвану — «нирваночкой» и др.). Свою несостоятельность в попытке последовательно изложить свои взгляды и логически их обосновать больные нередко пытались компенсировать многозначительными, не всегда уместными ссылками на высказывания известных философов, политических деятелей, загадочными недомолвками и т. п. Наконец, «высокоинтеллектуальные» занятия больных находились в резком противоречии с часто грубо антисоциальным характером их поведения, контрастировали со склонностью к злоупотреблению алкоголем и т. п.

Обычно больные не скрывали своих взглядов, не пытались их диссимулировать, а напротив, охотно излагали их, парировали возражения, но никогда не пытались активно узнать точку зрения собеседника. В то же время больные становились формальными и практически недоступными контакту, когда речь заходила об их образе жизни в целом и часто фальсифицировали свой анамнез. В отличие от паранойальных больных, которые сохраняют относительную правильность суждений о вещах, не связанных с их бредовой системой, они обнаруживали полную нескритичность не только к своим

идеологическим концепциям, но и ко всему поведению в целом и вызванной ими ситуации.

В ходе развития гебоидного состояния не происходило расширения тематики или систематизации взглядов, а все более явной становилась диссоциация между одержимостью, с которой больные осуществляли свои занятия отвлеченными проблемами, их результатом. На первый план уже выступало упорное стремление к самому процессу деятельности с чувством удовлетворения от причастности к этому виду занятий. Такое состояние больных правильнее было квалифицировать как влечение. В более тяжелых случаях интеллектуальные влечения постепенно утрачивали аффективный компонент и в дальнейшем приобретали характер механических, оторванных от реальности стереотипных занятий. Больные день и ночь читали малопонятные для них книги, переписывали чужие произведения, записывали на магнитную пленку шумы улиц, просиживали целыми днями в библиотеке, сохраняя лишь внешне формы деятельности. У некоторых больных появлялось лишь стремление к пустым дебатам на отвлеченные темы. В кругу семьи больные многоречиво, с упорством «доказывали» различные положения в этой области, несмотря на отсутствие возражений и малейшего интереса со стороны слушателей, буквально «изводили» этим близких. Несмотря на всю свою непродуктивность и бесполезность, такие занятия со временем все более принимали стереотипный характер.

Изложенные выше психопатологические образования в психиатрии не имеют адекватного терминологического обозначения и обычно описываются как «философская» или «метафизическая интоксикация» [Ziehen Th., 1924]. По замечанию Р. А. Наджарова (1964), термин «философская интоксикация» не выявляет психопатологической сущности состояния. К сожалению, не уточняют дефиницию этого психопатологического явления и такие названия, как «метафизическое самокопание» [Schneider C., 1942], «интеллектуальные претензии» [Chazoud J., 1964], «идеологические отклонения» [Ey H., 1955; Sadoun R., 1957], «патологический рационализм» [Heuyer G., Duranton P., Larauche J., 1957] или «догматический бред» [Clerambault G. цит. по G. Heuyer et al., 1957]. Все эти названия подчеркивают лишь какой-то один признак указанных психических нарушений. По нашему мнению, на сегодняшний день среди всех имеющихся термин «юношеская метафизическая интоксикация» является хотя и не исчерпывающим, но наиболее удачным, так как охватывает этим определением сразу несколько сторон данного психопатологического явления, фиксируя внимание на характерном для юношеского возраста содержании занятий отвлеченными проблемами, его возникновении вновь и той охваченности, одержимости, с какой они выполняются.

Л. Б. Дубницкий (1977) в основе этого феномена видел сочетание сверхценного образования и односторонне усиленных «духовных влечений». Важно отметить в этом психопатологическом расстройстве ряд общих особенностей с другими симптомами гебоидного состояния.

Другим характерным для гебоидного состояния расстройством было резко выраженное негативистическое отношение к родственникам с немотивированной враждебностью и ненавистью к ним, в которых находили отражение искаженные проявления «протеста против отцов», свойственного началу периода полового созревания. Постоянное свойство, присущее проявлениям всего гебоидного состояния— гротескный, принимающий болезненные формы протест против окружающего с резким противопоставлением себя обществу, в данных случаях был целиком направлен против узкого круга близких лиц, носил явно болезненный характер. Характерно, что неприязнь больных была избирательной и касалась лишь тех лиц, которые непосредственно жили в семье больного (бабки и деды, младшие братья и сестры), и, как правило, не распространялась на отдельно проживающих родственников. В отношениях с близкими родственниками у больных появлялись крайняя нетерпимость и требование беспрекословного им подчинения, немедленного исполнения всех желаний при полном игнорировании возможностей семьи. Они требовали от близких изысканной пищи, дорогой одежды, отбирали крупные суммы денег. Такое поведение больных было тем более бессмысленным, что полученные вещи они чаще оставляли без использования. По выражению родителей, больные начинали «вести себя так, как будто никогда не росли в этой семье». Они становились утрированно привередливыми, противодействовали всем без исключения начинаниям со стороны родственников, независимо от степени их значимости.

Оппозиция к близким с самого начала развития гебоидного состояния приобретала характер немотивированной враждебности, доходящей до «лютой ненависти» и возникала без каких-либо внешних поводов. Больные обнаруживали крайнюю жестокость по отношению к домашним, которых терроризировали своими необоснованными и нелепыми* претензиями, стремлением причинить им как можно больше вреда. Без каких бы то ни было объяснений больные запрещали родителям обращаться к себе с вопросами, не выносили присутствия родственников за столом во время еды. Они подчинялись своим требованиям весь быт семьи, превращаясь в настоящих «домашних тиранов». Больные ограничивались лишь краткими распоряжениями в приказной форме с употреблением неизменно грубых, вульгарных выражений, несвойственных им прежде. Не проявляя ни малейшего стыда, они в унижительной форме требовали мыть их в ванной, бесцеремонно забирали себе

лучшие кушанья, «разрешали» родственникам доедать после себя остатки еды, проявляли к близким невероятное бездушие. Они разрешали родственникам пребывать только на кухне, запрещали им присутствовать при просмотре телепередач в одной комнате с больными. Не считаясь с самочувствием и состоянием здоровья родителей, несмотря на их просьбы, больные включали на полную мощность проигрыватели, зажигали на ночь как можно ярче свет, каждым своим действием стремились создавать больше шума. На любое замечание родственников они раздражались неадекватной грубой бранью, угрожали им увечьем, убийством, ломали вещи.

Желание противоречить во всем близким было доведено до карикатурной формы, что делало поведение больных грубо неадекватным, непонятным. Стремление в любой форме «делать назло» родителям становилось определяющим в поведении, принимало сверхценный характер. В тоже время в значительной мере в таком поведении больных играли роль влечения перверзного характера. Больные испытывали удовольствие, если как-то могли унижить родственников, доставить им физическое страдание. В осуществлении этого они проявляли незаурядную изобретательность и изощренность. Они смаковали недостатки родных, с удовольствием провоцировали ссоры в доме, издевались над более слабыми членами семьи. Шутки больных становились злыми и жестокими. В присутствии престарелых членов семьи они начинали обсуждать подробности их грядущей смерти, с нескрываемым наслаждением избивали младших братьев или сестер, дразнили их, под угрозой обучали неприличному поведению. Так, больной С. без всякого сожаления сажал маленькую сестренку в холодильник, другой больной З. насильно раздевал догола брата и заставлял его бегать в таком виде во дворе. Больные становились невыносимыми в домашней среде. Они без причины с удовольствием произносили в присутствии родителей бранные слова, непристойные фразы, грубо обзывали их дураками, свиньями, гадинами, придумывали им унижительные клички, употребляли презрительные обращения, в оскорбительной форме говорили о них «твой муж», «твой сожитель» (об отце).

Оппозиция больных к близким постепенно охватывала все стороны деятельности больных. Бездушие и жестокость по отношению к родным они проявляли все с большим упорством и невероятной настойчивостью. Они избивали престарелых родственников, выгоняли больных родителей на улицу, запрещали вызывать им врача. В ответ на малейшее неудовольствие в их адрес больные жестоко избивали родителей, бросали в них тяжелые предметы, выворачивали им руки, прикладывали к телу горящую папиросу, плевали в лицо, начинали душить и т. п. При этом они оставались абсолютно глухими к уговорам, не испытывали чувства раскаяния,

обнаруживали абсолютное непонимание ситуации и отсутствие даже малейшей критики к своим поступкам.

С психопатологической точки зрения чрезвычайно трудно определить описанное психическое расстройство у больных. Наличие сверхценных образований и извращенных влечений не объясняют полностью то грубое нарушение поведения больных и появление у них враждебного отношения к родственникам с жесточайшими агрессивными актами, которые мы находим при гебоидном состоянии. Французский психиатр J. Robin [цит. по Baruk H., 1959] описал это явление под образным названием феномена «семейной» ненависти, G. Heuyer, P. Duranton, J. Larauche (1957) относили его к «псевдохарактерологическим» проявлениям, J. Roland (1953), H. Baruk (1959) к «бреду поступков». На сходство этого феномена с бредовыми проявлениями указывал Р. А. Наджаров (1964), однако он отводил ему бы промежуточное место между психопатоподобными и бредовыми нарушениями. Г. Е. Сухарева (1955) более определенно относил к проявлениям бреда симптом немотивированного нарушения чувства симпатии, нарастающей враждебности к наиболее близким и любимым ранее людям.

С нашей точки зрения, психопатологическое содержание описываемого феномена не полностью совпадает с понятием бредовых расстройств. Их сходство ограничивается в основном лишь внешне одинаковыми формами поведения. Термин «бред поступков» французские психиатры ⁴ употребляют, исходя из определения ими бреда как «отклонения от коллектива», «отчуждения в чем-то» [Baruk H., 1959]. С этой точки зрения «бред поступков» не имеет ничего общего ⁴ с представлениями о бреде как о «некорректируемом установлении связей и отношений между ^л явлениями, событиями, людьми без реальных оснований» [Снежневский А. В., 1983].

Наиболее существенное возражение против квалификации указанного расстройства как бредового, по нашему мнению, состоит в отсутствии идеаторного компонента его, фабулы, конкретного содержания, по которым можно судить об «ошибочности суждений», без чего невозможно существование бреда. При попытке выявить у больных причину такого их поведения они в первую очередь обнаруживали абсолютную некритичность к неприемлемости такого поведения и приводили к оправданию какие-либо обыденные, малозначительные объяснения: «пошутил», «играл», и т. п. Бросалась в глаза резкая диссоциация между малозначительностью повода и степенью тяжести последующего поведения.

Помимо этого, в отличие от поведения бредовых больных, при гебоидном состоянии имела место непоследовательность в

поведении больных по отношению к близким и тесная зависимость его от ситуации. Несмотря на грубую враждебность, постоянный негативизм и агрессию по отношению к родственникам, больные в то же время апеллировали к ним в вопросах подготовки к школьным занятиям. « Жестоко обращаясь с родными дома, они аккуратно навещали их в больнице, куда те попадали нередко после побоев самих же больных. Находясь в отъезде, звонили домой, чтобы поздравить с днем рождения кого-либо из близких, и т. п. Но как только больные оказывались в домашней ситуации, они возобновляли свое неправильное поведение.

В ряде случаев действия больных возникали неожиданно для окружающих и напоминали импульсивные вспышки ярости и агрессивности кататонических больных. Сходство с кататоническими расстройствами придавал все более нелепый характер поведения больных с однообразными, повторяющимися изо дня в день, нередко принимающими стереотипный характер поступками. Больные без конца произносили одну и ту же циничную фразу, методично будили родителей по ночам, настойчиво, в однообразных грубых выражениях задавали родителям одни и те же нелепые вопросы: «хочешь я тебя выброшу в окно?», «а не повесить ли мне тебя?», «хочешь стукну?» и т. п. Больные грубо и неаккуратно вели себя за столом, ели без ложки, руками брали пищу из тарелок родителей, разбрасывали вокруг себя объедки, нарочито сморкались при этом и т. п. Поступки иных больных отличались крайним цинизмом и производили впечатление полнейшей моральной тупости. Они раздевались догола, не стесняясь присутствия близких. Некоторые разбрасывали кал по квартире, обнажали половые органы перед родственниками противоположного пола и требовали от них соответствующих обсуждений. Иные настойчиво приставали к родителям с незрелыми сексуальными претензиями, реагируя крайней злобностью и агрессивностью на их противодействие.

Указанное своеобразие поступков больных с резко негативистическим отношением к близким, их внешняя немотивированность, внезапность возникновения, однообразный стереотипный характер, нелепость и крайняя грубость и обнаженность поведения с неадекватной агрессивностью и злобностью делали очень похожими их поведение на поведение больных с кататоническими расстройствами (так называемым регрессом поведения). Некоторые авторы их описывают как «элементы кататонического синдрома» [Пивоварова Г. Н., Симеон Т. П., 1956; Юрьева О. П., 1971, и др.] при шизофрении детского возраста. Н. Еу (1955) относил сходные с описываемыми расстройствами к «малой форме кататонических симптомов». Однако ряд особенностей поведения больных с гебоидным состоянием не позволял относить его безоговорочно

к кататоническому. В отличие от бессмысленности и автоматического характера поступков кататонических больных при гебоидном состоянии такое поведение отмечалось лишь в семейной ситуации, вне которой больные нередко вели себя относительно правильно. В подобных проявлениях поведения больных всегда можно было обнаружить элемент оппозиционного отношения к близким, хотя и выступающего здесь в резко изуродованной и нелепой форме.

Перечисленными расстройствами ограничивался в основном тот круг нарушений, который с неизменностью определял картину заболевания у изучаемых нами больных. Будучи тесно взаимосвязаны, эти расстройства в различных сочетаниях и с разной интенсивностью проявлений и составляли основное содержание клинической картины состояния, которое квалифицировалось как гебоидное.

Общим для них является то, что все указанные психопатологические расстройства, составляющие содержание гебоидного состояния, выступали в его структуре в совокупности и, внешне облачаясь в привычные формы поведения, вели к грубому искажению профессиональной ориентации, выбора занятий и социальных связей больных. Все их поведение в целом приобретало неадекватный окружающим условиям характер с резким выдвиганием на первый план нарушения адаптации в обществе, с резким расстройством взаимоотношения личности и среды. «Антисоциальными» этих больных делали грубо дезорганизованное поведение, нарушение учета реальной ситуации, отсутствие гибкости и понимания дистанции, некорректируемость поведения, неспособность к самоконтролю. Выступала диссоциация между дезадаптацией в обществе в целом и относительной приспособляемостью в узком кругу лиц с поисками условий, адекватных для болезненно измененной личности пациентов с ее искаженными аффектами, влечениями, представлениями, которые нередко определялись патологическим содержанием фантазий, деятельности.

Гебоидному состоянию в целом при шизофрении свойственны неадекватность, малая мотивированность и нередко извращенный характер эмоциональных реакций. Поступки больных характеризует крайняя грубость, резко снижается чувство симпатии, привязанности, долга, чести. Больные абсолютно пренебрегают нравственными нормами, игнорируют морально-этические представления, утрачивают способность к состраданию, обнаруживают полнейший «моральный дальтонизм» [Суханов С. А., 1912]. В отличие от типичных негативных изменений в картине так называемых моральных расстройств в структуре гебоидного состояния при шизофрении на первый план выступала не утрата способности к эмоциональному реагированию, не просто обеднение

эмоционального тона, а извращение его, замена такими чувствами, как немотивированная ненависть и неприязнь к близким, жестокость, злобность. Так называемая эмоциональная тупость при гебоидном состоянии во многом определялась открытым стремлением подчеркнуть тем самым протест против общепринятых норм жизни и часто имела избирательный характер по отношению к определенным лицам, ситуациям и могла сочетаться с односторонней повышенной привязанностью к какому-либо одному лицу, повышенной чувствительностью в восприятии произведений искусства и т. п. Все это скорее говорило о диссоциации и парадоксальности в эмоциональной жизни больных, чем только об эмоциональном снижении как негативном расстройстве.

Сходные особенности имели и другие психопатологические компоненты гебоидного состояния при шизофрении, которые при их квалификации по чисто внешним признакам определялись как аутизм, редукция энергетического потенциала [Conrad K-, 1959]. Наше исследование показало, что о негативных проявлениях в этих случаях можно было говорить лишь условно. В отличие от типичного аутизма больные с гебоидным состоянием искали контакты в тех условиях, которые диктовались содержанием их психопатологической симптоматики, поэтому скорее можно было говорить о неадекватности условий адаптации по отношению к реальной жизни, чем об отрешенности от нее. Резкое падение продуктивности в занятиях больных обуславливалось в значительной мере их волевыми расстройствами с невозможностью сосредоточить усилия на нужных занятиях, неспособностью длительной концентрации на определенных задачах и целенаправленно организовать свою деятельность. Вследствие этого наступал редкий контраст между сохранными интеллектуальными возможностями больных и абсолютной неспособностью к полезной деятельности, невозможностью успешно выполнять положенную работу. Во многих случаях снижение продуктивности в занятиях носило непостоянный характер и сопровождалось односторонней направленностью интересов больного. Все эти признаки не позволяли говорить об истинной редукции энергетических возможностей больных с гебоидным состоянием, а скорее указывали на их искаженный характер. Конечно, понятие об интеллектуальной сохранности больных с гебоидным состоянием следует считать лишь относительным в результате резкого нарушения у них критических способностей. По глубине расстройства критических функций больные с гебоидными расстройствами могли сравниться лишь с пациентами в психотическом состоянии или же при глубоком умственном дефекте на уровне олигофрении. Однако явная диссоциация между хорошим запасом слов и представлений у больных с гебоидным состоянием при шизофрении, их способностью к обобщениям и

грубым расстройствам критики противоречила представлению о наличии слабоумия у этих больных. Кроме того, в клинической картине заболевания с постоянством отмечались признаки психической незрелости различной степени интенсивности. Симптомы задержки психического развития по мере прогрессирования гебоидного состояния становились особенно заметными и приобретали характер нелепо гротескного инфантилизма, принимающего нередко вид интеллектуальной неполноценности.

Типология гебоидного синдрома

Гебоидная шизофрения

Пантелеева Г.П., Цуцульковская М.Я.,
Беляев Б.С.

У обследованных больных, несмотря на общие особенности, имелись весьма различные по картине гебоидные расстройства. Известно, что вопрос о систематике гебоидных расстройств по-разному решался исследователями. М. Я. Цуцульковская (1967) предлагала подразделять гебоидов на активных и пассивных. В основу такого деления легли степень выраженности негативных расстройств, характер поведения больных в привычной среде, в стационаре и т. д. Д. С. Озерецковский (1973) писал о варианте гебоидов с преобладанием эксплозивности и возбудимости и о варианте с преобладанием расстройств влечений. А. Е. Личко (1979) в зависимости от сходства проявлений психопатоподобной шизофрении у подростков с определенными типами психопатии выделял синдромы нарастающей шизофрении, неустойчивого поведения, эпилептоидный и истероидный.

Однако анализ собственного клинического материала показал, что наиболее адекватными характеристике заболевания могут быть иные принципы деления гебоидных расстройств. Установлено, что в зависимости от степени зрелости психических функций, этапов становления общественного самосознания, диапазона расширения общественных связей, развития логических мыслительных способностей и т. п. к периоду развития гебоидного состояния последнее вовне проявлялось психопатологически различными клиническими картинками. Исходя из тесной связи гебоидных проявлений с достаточно узким кругом так называемых пубертатных расстройств, мы в основу типологического деления гебоидных состояний положили принцип преобладания в клинической картине видоизмененных процессом психических проявлений, свойственных I, II и III фазе пубертатного периода. Соответственно мы обозначали эти типы как «ранние», «средние» и «поздние» гебоиды.

Клиническая картина «ранних» гебоидов (37 наблюдений) характеризовалась преобладанием в их поведении непонятного упрямства и негативистического отношения к родственникам, с немотивированной враждебностью и ненавистью преимущественно к членам семьи, упорным терроризированием

их необоснованными претензиями, изощренной жестокостью и беспричинной агрессией, возведением в авторитет всех отрицательных явлений (так называемый бред семейной ненависти, G. Robin) Этим больным была свойственна склонность к патологическому фантазированию и выраженная диссоциация между тяжелым нарушением поведения в кругу семьи и относительно сохранными его формами вне дома.

Для клинических проявлений гебоидного состояния, обозначенного нами как «средний» гебоид (115 больных), были характерны преимущественно бессмысленная оппозиция к общепринятому образу жизни и нормам поведения в обществе. На первый план выступало грубое нарушение их поведения и влечение к совершению антисоциальных поступков с беспорядочными сексуальными связями, неумеренным употреблением алкогольных напитков и злоупотреблением наркотиками, занятиями азартными играми («бред поступков», J. Roland, H. Baruk, 1959). Крайняя грубость и конфликтность поведения этих больных сопровождалась нарастающими явлениями ослабления самоконтроля и смещением интересов в сторону бесцельного времяпрепровождения.

В картине гебоидного состояния, определяемого как «поздний» гебоид (38 больных), довлеющее положение в поведении занимало преувеличенное стремление к духовному самоусовершенствованию и упорное тяготение к разрешению абстрактных проблем с одновременным отходом от реально значимой действительности, неадекватной критической оценкой всех сторон общества в целом, пустым фрондерством и претензией на оригинальность мировоззрения (философическая интоксикация, Th. Ziehen). Занятия «высокими» проблемами и реформаторством, оторванные от реальных возможностей планы этих больных нередко находились в противоречии с их антисоциальными поступками и склонностью к злоупотреблению алкоголем. Конечно, такое выделение типов гебоидного состояния является условным и схематичным, поскольку каждый из представленных видов гебоидных нарушений может включать в себя психопатологические симптомы и двух других, но при сохранении ведущего положения основных для каждого типа гебоидных состояний проявлений.

Однако при клиническом анализе заболевания в целом и рассмотрении особенностей динамики собственно гебоидных расстройств, существенным оказалось проведение еще дополнительной дифференцировки гебоидного состояния в зависимости от степени участия в его структуре аффективных фазовых расстройств и других особенностей клинической картины Исходя из такого разделения, нами были — выделены пять клинических вариантов гебоидного состояния: 1 — «чисто»

гебоидное, 2 — аффективно-гебоидное, » 3 — редуцированно-гебоидное, 4 — дефектно-гебоидное и 5 — циркулярно-гебоидное. В структуре «чисто» гебоидного состояния аффективные проявления были фактически не видны, отходили на задний план, а ведущее значение приобретали психопатоподобные гебоидные нарушения.

Аффективно-гебоидное состояние протекало с большей долей участия аффективных расстройств, напоминающих маниакальную или депрессивную фазу, в структуре которой, однако, значительное место занимали гебоидные симптомы.

Типы «ранних», «средних» и «поздних» гебоидов имели место как в структуре аффективно-гебоидного состояния, так и в структуре «чисто» гебоидного состояния.

Можно указать следующие характерные признаки психопатоподобных расстройств «чисто» гебоидного состояния:

— полиморфизм проявлений, «мозаичность» и диссоциированность отдельных черт, нередко как бы взаимно исключающих друг друга;

— крайняя грубость и неадекватность поведения при полной не критичности и отсутствии всякого вида коррекции в поведении;

— диссоциация между видимостью быстрого формирования тяжелого эмоционального дефекта и интеллектуальной сохранностью;

— упорный, однообразный характер нарушения поведения с сохранением картины психопатологических расстройств на одном уровне в течение многих лет;

— сочетание психопатоподобных расстройств с рудиментарными неврозоподобными симптомами;

— отсутствие на протяжении всего гебоидного состояния заметной тенденции к обогащению личности, ее психической зрелости с картиной разной степени задержки психического развития на подростковом уровне.

При аффективно-гебоидном варианте гебоидные проявления в известной мере связаны с аффектом и, несмотря на его атипичность и в зависимости от знака аффекта, могут изменяться. При гипоманиакальном аффекте преобладают общая расторможенность, конфликтность, расстройства влечений, повышенная интеллектуальная деятельность. В субдепрессиях на первый план выступают злобность, агрессия,

злоупотребление алкоголем. В целом картину аффективно-гебоидного состояния отличали следующие общие особенности:

- значительная аффективная напряженность во всех проявлениях поведения больного, характеризующегося чертами повышенной злобности, крайней раздражительности, хотя и неадекватных и возникающих немотивированно;
- наличие чувства взбудораженности и оттенка возбужденности во всем поведении больных;
- повышенный характер деятельности, но непродуктивной и бесполезной, сопровождающейся выраженной суетливостью и торопливостью во всем поведении;
- достаточно активное стремление к осуществлению всех своих неправильных поступков, которые обычно носили налет «шутовства», поражали крайней грубостью, цинизмом и полным игнорированием ситуации;
- выраженная расторможенность как влечений, так и всего поведения в целом;
- заметный динамизм и лабильность состояния, проявляющиеся в изменчивости поведения больного;
- почти постоянное нарушение ритма сна или бессонница;
- наличие рудиментарных признаков острых психотических приступов: чувства тревоги, периодического ментизма, состояний экзальтации и экстатических переживаний, острых дереализационных эпизодов, элементов чувственного бреда и т. п.

Проведенное клиническое сопоставление проявлений гебоидного состояния при различных формах течения шизофрении выявило также определенную зависимость формирования клинической картины гебоидных расстройств от степени прогрессивности процесса. Как оказалось, различия клинических вариантов гебоидного состояния определяются еще и разным соотношением в его структуре, присущих только ему продуктивных расстройств (т. е. видоизмененных до патологического уровня психических пубертатных свойств) и специфических для шизофрении негативных симптомов и аффективных нарушений. Последние оказывали существенное влияние на степень завершенности и полноту психопатологических расстройств, составляющих клинические проявления гебоидного состояния. В этом аспекте, помимо приведенных выше развернутых картин гебоидного состояния, в которых гебоидный синдром представлен наиболее типично и

особенно полно отражает содержание измененных процессов психологических пубертатных свойств с тотальным видоизменением до психотического уровня всех его проявлений, имитирующих тяжелые негативные расстройства, было правомерным говорить о следующих клинических разновидностях гебоидного состояния при шизофрении: редуцированно-гебоидном состоянии, при котором на фоне всего лишь утрированных психических пубертатных проявлений, не достигающих болезненного уровня, патологический характер принимал лишь какой-то один признак юношеского поведения, выступая в виде отдельных нарушений влечения или сверхценных образований, т. е. до патологического уровня была доведена лишь одна сторона гебоидного состояния; и дефектно-гебоидном состоянии, которое по существу определялось ведущими негативными проявлениями со значительной нивелировкой личностных свойств и нарастающим падением продуктивности. На фоне значительных изменений личности как самостоятельный синдром выступали отдельные признаки гебоидного синдрома, настолько атипичные и карикатурные по своим проявлениям, что утрачивали сходство с психологическими свойствами пубертатного криза. Гебоидные расстройства здесь ограничивались по сути лишь грубой патологией очень упорных влечений, возникавших неодолимо или импульсивно и сопровождавшихся обнаженностью, нелепостью, жестокостью, выраженной тенденцией к извращениям и тяжелыми эмоциональными нарушениями с расстройством критики. Основным признаком гебоидных состояний — наличие видоизмененных до патологического уровня пубертатных свойств — здесь утрачивался полностью или был представлен в исключительно стертом виде.

Следует указать еще на одну разновидность гебоидного состояния, которое отличается, как правило, значительно более выраженными аффективными расстройствами, характеризующимися отсутствием значительной атипичности. Гебоидные расстройства здесь обнаруживают более тесную зависимость своего возникновения от характера аффекта, часто выступают в качестве одного из симптомов аффективного состояния и нередко обходятся при перемене знака аффекта (так называемое циркулярно-гебоидное состояние). Исследование показало, что гебоидный синдром — это группа клинических состояний, которые не могут рассматриваться как прогностически единое клиническое понятие, поскольку имеют разные психопатологические проявления и несут неодинаковую информацию о дальнейшем течении заболевания.

Вопросы определения гебоидного синдрома

Гебоидная шизофрения
Пантелеева Г.П., Цуцульковская
М.Я., Беляев Б.С.

Клинические описания основных симптомов, составляющих содержание гебоидного состояния при шизофрении юношеского

возраста, позволяют выделить ряд общих черт, которые объединяют указанные нарушения в структуре гебоидного состояния и составляют клиническую специфичность этой категории расстройств. Как уже отмечалось выше, отличительным свойством всех проявлений гебоидного состояния была их тесная зависимость от возрастных психических изменений периода полового созревания. Все симптомы гебоидного состояния как бы «вырастали» из психологических свойств пубертатного возраста. Однако при гебоидном состоянии все проявления пубертатного криза выступали в ином качестве, носили патологический характер и имели, следовательно, свои отличия. В силу болезненной обусловленности расстройств симптомы пубертатного криза выступали здесь в изуродованном, карикатурном виде и несли постоянно налет крайней грубости, поступки больных были мало мотивированы и неадекватны, часто выглядели нелепыми и непонятными, отличались вычурностью, отсутствием смысла и сопровождалась резким нарушением критики к ним и крайней моральной тупостью. Проявления гебоидного состояния всегда сопровождалась выраженным нарушением поведения и адаптации больных, несли на себе печать психической незрелости.

Все эти особенности на первый взгляд давали достаточно оснований для определения гебоидных нарушений как психопатоподобных. Однако, во-первых, основным признаком психопатических (психопатоподобных) состояний является дисгармония душевного склада [Снежневский А. В., 1968; Меграбян А. А., 1972], а основным признаком гебоидных состояний — факт тесной корреляции их с утрированными проявлениями пубертатного криза. Поэтому определение гебоидных расстройств как просто психопатоподобных, хотя и не противоречит клинической картине гебоидного состояния, но не отражает его главной особенности — преимущественности этих расстройств для юношеского возраста. Во-вторых, психопатоподобное состояние предполагает наличие лишь определенных изменений личности, вызванных той или иной болезненной причиной, тогда как в случаях гебоидного состояния речь идет о более глубоких, чем просто психопатические, расстройствах, заключающихся в патологическом видоизменении психических свойств пубертатного криза и доведении их до психотического уровня, развитии тяжелых нарушений поведения у больных с гебоидным состоянием, выраженной дезадаптацией с отсутствием всякой коррекции поведения с грубым расстройством критики. В то же время определение гебоидного состояния только как патологического видоизменения любых психологических пубертатных свойств не отражает специфики характерных именно для него расстройств. При гебоидном состоянии симптоматика, определяющая картину болезни, оказывается тесно взаимосвязанной и коррелирует лишь с определенными

проявлениями пубертатного криза в виде юношеской оппозиции и противопоставления себя окружающему.

И еще одна особенность. Психопатологическая симптоматика гебоидного состояния проявляется преимущественно в болезненном изменении таких психических процессов, как эмоции (аффекты) и воля, патология которых является основой ведущих расстройств при гебоидном состоянии (сверхценных образований, патологических влечений, явлений стереотипии, импульсивных поступков, кататонических включений). Следует отметить, что аффективные и волевые нарушения в проявлениях гебоидного состояния были трудно делимы, а их проявления были искажены, диспропорциональны. Однако обозначение гебоидного состояния только как расстройств в аффективной и волевой сфере также не отражает характерных отличительных свойств, поскольку данные нарушения имеют место и при других шизофренических состояниях.

Поэтому наиболее адекватным нам представляется определение гебоидных расстройств, исходящее из совокупности ряда основных его признаков. Оно может быть сформулировано следующим образом: *гебоидное состояние — это возникающее при шизофрении в юношеском возрасте психическое расстройство, характеризующееся патологическим преувеличением и видоизменением психологических пубертатных свойств с преобладанием аффективно-волевых нарушений, в том числе и влечений, приводящих к противоречащему общепринятым нормам поведению и выраженной дезадаптации в обществе.*

Таким образом, мы имеем здесь налицо ту «конstellляцию симптомов» [Foulds J. A., 1964], ту «систему взаимосвязанных типичных расстройств», ту «биологическую функциональную структуру» [Снежневский А. В., 1971], которые отражают общий патогенез, «общие биологические закономерности болезни» [Наджаров Р. А., 1967], т. е. составляют содержание клинического понятия синдрома [В. Х. Василенко, 1959; Хвиливицкий Т. Я., 1971; Bleuler E., 1920; и др.]. Другими словами, можно говорить о гебоидном синдроме как о самостоятельном клиническом понятии. Поэтому употребление понятия «гебоидный синдром» в случаях наличия лишь отдельных входящих в него признаков (утраты морально-этических представлений, — стремлений к антисоциальному характеру поступков, брутальности и т. п.), к сожалению, практикуемое многими психиатрами, является, с нашей точки зрения, неправильным.

Понятие синдрома предполагает собой существование патологического, продуктивного (позитивного) образования [Снежневский А. В., 1968]. Однако мнение исследователей

относительно того, к каким расстройствам (негативным или позитивным) относить проявления гебоидного синдрома, неодинаково. Так, одни исследователи рассматривали гебоидные нарушения как продуктивные образования [Алексанянц Р. А., Снежневский А. В., 1963; Dunaif S. L., Hoch P. H., 1955; Chazoud, 1964, и др.], другие — как проявления только дефекта [Сухарева Г. Е., 1937; Цициашвили Ш. И., 1958]. Часть авторов описывала отдельно расстройства гебоидного синдрома то как продуктивные, то как негативные [Шмаонова Л. М., 1966 и др.]. W. Kretschmer (1972) говорил о простом сочетании продуктивных и негативных («редуктивных») симптомов в картине гебоидного состояния.

Существует мнение, что расстройства, близко стоящие по проявлениям к нарушениям личностных свойств, вообще нельзя рассматривать ни как плюс-, ни как минус-симптоматику [Зурабашвили А. Д., 1971]. Между тем вопрос психопатологической квалификации гебоидных состояний, относимых к широкому кругу психопатоподобных расстройств, имеет важное значение с общепатологической точки зрения при решении в клиническом и прогностическом аспектах. С нашей точки зрения, этот вопрос может быть решен в пользу продуктивного характера гебоидных расстройств. Конечно, качество любого позитивного симптома находится в тесной зависимости от определенного уровня негативных изменений, которые всегда выступают в единстве. Эта идея была выдвинута J. H. Jackson (1933), а в последние десятилетия тщательно разрабатывалась А. В. Снежневским (1962—1971) и его сотрудниками. Помимо психотического уровня нарушения поведения, гебоидным расстройствам присущи и другие признаки продуктивных образований: вариабельность проявления [Bleuler E., 1930], зависимость от ряда патогенетических факторов, возрастная специфичность [Снежневский А. В., 1971; Штернберг Э. Я., 1981], тогда как негативные изменения инвариантны и малообратимы [Bleuler E., 1920; Кербиков О. В., 1968; Снежневский А. В., 1968]. Имеет значение и появление гебоидных изменений вновь, как несвойственных больному прежде, но особенно важен обнаруженный при проведенном нами катамнестическом изучении больных (см. главу VI) феномен обратимости гебоидных расстройств, являющийся аргументом в пользу их продуктивного характера. Все это позволяет рассматривать гебоидный синдром как продуктивное психопатологическое образование.

Глава III. Разновидности течения гебоидной шизофрении

Гебоидная шизофрения

Пантелеева Г.П.,
Цуцульковская М.Я., Беляев
Б.С.

Рассмотрение гебоидных состояний в динамическом аспекте

обнаружило более существенные их различия, чем простое типологическое разграничение по симптоматическому принципу, о котором мы говорили в предыдущей главе. Для всех трех выделенных типов гебоидного состояния («ранние», «средние» и «поздние» гебоиды) оказалось возможным установление двух основных закономерностей развития: 1) тенденции к течению со значительным редуцированием и полным исчезновением гебоидных расстройств по мере наступления зрелого возраста (течение в виде затяжного гебоидного приступа); 2) течения с длительным сохранением гебоидного состояния в картине болезни и по прошествии юношеского возраста (или вялотекущий вариант гебоидной шизофрении). Следует отметить, что несмотря на выявленную нами катamnестически различную судьбу гебоидных состояний при юношеской шизофрении, где гебоидные расстройства остаются ведущими в клинической картине болезни на всем ее протяжении, между обеими группами имелось много общего. Обеим этим группам был присущ малопрогрессирующий характер всего заболевания в целом и отсутствие признаков выраженного шизофренического распада личности, несмотря на многолетнее течение болезни. Возникновение и развитие гебоидного состояния у больных обеих групп было тесно связано по времени и психопатологическим проявлениям с пубертатным периодом физиологического развития.

Течение в виде затяжного гебоидного приступа.

Гебоидная шизофрения
Пантелеева Г.П., Цуцульковская
М.Я., Беляев Б.С.

Под наблюдением находились 127 больных. В этой группе течение болезни было явно ограничено во времени периодом пубертатного возраста и имело отчетливо регрессирующий характер с исходом в стойкое стационарное состояние с отчетливыми признаками снижения личности, но с хорошей социально-трудовой адаптацией, находящейся в резком контрасте с бросающейся в глаза дезадаптацией этих больных в период манифестации гебоидного состояния. Картина гебоидного состояния в своем развитии тесно коррелировала со стадиями протекания так называемого пубертатного криза в норме.

Хотя проявления заболевания на всем протяжении ограничивались гебоидными расстройствами и сменами синдромов, несмотря на многолетнее течение, не наблюдалось, тем не менее в процессе развития болезни имела определенная динамика развития гебоидного синдрома с усложнением составляющих его расстройств. Гебоидное состояние в таких случаях могло быть расценено как период активно текущего процесса, имеющего несколько последовательных этапов, разных по длительности у различных больных. Первый этап отличается растянутым началом заболевания с постепенным усугублением свойственных до этого особенностей личности, заострением психических признаков

начинающегося пубертатного криза и симптомами прогрессирующей ущербности личности. Второй этап характеризуется появлением и быстрым усложнением гебоидного состояния с одновременным возникновением аутохтонных аффективных расстройств; в этот период особенно выражены динамика клинических проявлений, полиморфизм и противоречивость симптоматики психопатоподобного круга, сочетание ее с другими рудиментарными продуктивными расстройствами. Третий этап отличается ослаблением тенденции к усложнению симптоматики и наступлением относительной стабилизации состояния. Четвертый этап характеризуется компенсацией состояния с постепенным сглаживанием гебоидных проявлений, но сохранением стертых аффективных расстройств и изменений личности.

Первый этап в развитии гебоидного состояния, которым по сути дебютировало заболевание, можно обозначить „ как начальный. Проявление ранних признаков заболевания приходилось в основном (91,4 %) на первую половину пубертатного периода — 11—15 лет. Для «ранних» гебоидов был характерен дебют в возрасте до 13 лет, для «средних» — в 13—14 лет, а для «поздних» — в 14—15 лет. Продолжительность инициального этапа у большинства больных была относительно небольшой, до 1—3 лет.

Как правило, начальные признаки изменения в психическом состоянии больных проявлялись постепенно с несвойственных им прежде особенностей в виде психопатических свойств шизоидного и возбудимого круга расстройств. Указанные изменения дополнялись симптомами наступающего пубертатного криза, т. е. с самого начала заболевания в пубертатном возрасте мы имели возможность убедиться в существовании тесной взаимосвязи патологического процесса, заболевания с биологическим процессом развития, свойственным данной возрастной фазе. Уже в этих начальных симптомах можно было обнаружить черты, позволяющие говорить об определенной «ущербности» личности и оценивать их не просто как характерологические, но относить их к признакам шизофренического круга расстройств.

В одних наблюдениях (48 больных) в клинической картине инициального этапа на первый план выступали черты, свойственные поведению подростков и в норме, но в наших наблюдениях они носили более акцентированный характер и отличались односторонностью проявлений. В поведении больных обнаруживалось доминирующее стремление к независимости и самостоятельности. Необоснованное скептическое отношение к окружающему все более начинало сочетаться с грубым цинизмом в суждениях о жизни. Стремление к оригинальничанию, фарсу, браваде становилось все более

самодовлеющим. В поведении больных все более намечались новые для них черты в виде безделья, отрыва от общих со сверстниками интересов. Свое главное внимание они сосредоточивали на увлечении джазом, «битлсами», игрой на гитаре, бесцельном хождении по улицам. Прежде разговорчивые и внимательные к родственникам, больные игнорировали их мнения и удобства семьи, равнодушно реагировали даже на смерть близких им лиц. Ведущими в поведении больных оказывались черты ослабления самоконтроля и нарастающего безволия.

В других наблюдениях (55 больных) в клинической картине начального этапа доминировали черты несвойственной подросткам возбудимости, повышенной раздражительности, грубости и неуживчивости с окружающими. Больные становились капризными, ссорились по пустякам, при этом у них наступали грубые истерические реакции в виде плача, крика. Упрямство настораживало своей немотивированностью: больные переставали стричь волосы, менять белье, отказывались мыться, вступали в ненужные пререкания, часами без надобности спорили.

В реакциях на окружающее все заметнее выявлялась неадекватная по поводу гневливость, сопровождающаяся — нередко агрессией. Больные могли вступить в драку с учителем из-за неправильно поставленной, по их мнению, оценки, придирались на улицах к прохожим, грубо, недисциплинированно вели себя на уроках, в шалостях обнаруживали полное непонимание ситуации. Во время занятий у больных все более проявлялись лень и рассеянность. Эти больные не стремились к свойственному подросткам расширению круга интересов. Напротив, они как бы останавливались в своем психическом развитии: вновь начинали интересоваться лишь сказками, а также военной и «шпионской» тематикой книг и кинофильмов. Реально полезную деятельность больные подменяли уходом в мечты и фантазии. Особенное удовольствие они получали от описания сцен различных зверств, мучений. Больные проявляли повышенный интерес к игре в карты, вникали в суть различных скандальных историй, становились лживыми и т. п. Уже в инициальном периоде среди видоизмененных пубертатных проявлений у этих больных можно было отметить извращенный характер эмоциональных реакций и влечений, несвойственный им ранее.

В третьих наблюдениях (18 больных) начальный период заболевания характеризовался появлением или значительным углублением имевшихся ранее шизоидных черт. Наступали выраженная интравертированность, отчуждение от окружающих. В обращении с близкими терялась теплота. Больные становились молчаливыми в семье, обособленно

держались в классе, заявляя, что им «неинтересно» со сверстниками.

Свойственные периоду полового созревания стремление к познанию, расширение круга интересов, активизация любого вида деятельности в инициальном периоде гебоидного состояния указанных больных проявлялись в несколько преувеличенном виде, например, в усиленном изучении какого-либо одного школьного предмета или увлечениях спортом, театром, коллекционированием, поклонением «кумирам» и т. п. Очень скоро бросался в глаза выражение односторонний характер подобных интересов больных с одновременной утратой заинтересованности в других видах деятельности, снижением интереса к изучению обязательных школьных дисциплин. Больные начинали заниматься по своей «системе», часами уделяя внимание одному и тому же предмету или малоупотребляемым языкам — латинскому, испанскому, эсперанто. Они пропадали в библиотеках, занимались ночами, однако результаты занятий оказывались непропорциональными затраченному времени, далекими от практики. Свойственное подросткам пробуждение критического осмысления окружающего у этих больных принимало также форму односторонних наблюдений над жизнью, ненужных размышлений о цели поведения окружающих и т. п. Характерное для этого возраста стремление к физическому совершенствованию выливалось в чрезмерные занятия гимнастикой с постепенным переходом на составленный самими больными определенный режим, которому они упорно следовали вопреки мнению специалистов.

Лишь у 6 больных на начальном этапе развития гебоидного состояния в клинической картине доминировали атипичные аффективные расстройства, которые отличались полярностью проявлений, стертостью аффективного компонента. Они выступали чаще в виде дистимии с преобладанием недовольства собой, стремления к одиночеству, отсутствия желания чем-либо заняться. Гипоманиакальные состояния определялись периодами неожиданной грубости, конфликтности на фоне беспечного настроения.

Итак, из приведенных описаний видно, что несмотря на некоторые различия, клиническим проявлениям начального этапа гебоидного состояния данного типа течения были свойственны общие черты в виде утрированных психических проявлений начинающегося пубертата и симптомов нарушения процесса психического развития (задержка или одностороннее развитие отдельных психических функций), сочетающихся с признаками эмоционального обвинения и ослабления контактов. Кроме того, были заметны нарушения волевых функций, влечений и расстройства типа сверхценных образований.

Следует отметить, что намечались определенные корреляции между картиной начального периода и типом развернутого гебоидного состояния: у «ранних» гебоидов начальный этап протекал преимущественно с появлением черт возбудимости и извращения влечений; у «средних» гебоидов превалировали признаки усиленного пубертатного криза; у «поздних» гебоидов — углубление шизоидных свойств личности и появление сверхценного характера занятий.

Второй этап в динамике гебоидных нарушений по существу означал манифестацию гебоидного состояния в юношеском возрасте.

В этот период отмечались стремительное нарастание гебоидных проявлений и быстрое, в течение 1 года — 3 лет, формирование развернутой картины одного из трех типов гебоидного состояния — «ранних», «средних» или «поздних» гебоидов. Становление этого этапа совпадало в основном с возрастом 15—17 лет. Однако здесь также имелась своя возрастная «предпочтительность» сроков наступления манифестации для каждого из типов гебоидного состояния. Так, картиной «ранних» гебоидов чаще всего заболевание манифестировало в возрасте до 15 лет (в основном, в 14—15 лет); начало второго этапа в формировании картины «средних» гебоидов падало преимущественно на возраст 15—16 лет, а «поздних» — на возраст 16—17 лет.

На втором этапе можно было наблюдать, помимо динамики собственно гебоидных нарушений, и постепенное усложнение картины гебоидного состояния другими психопатологическими расстройствами, например, аффективными или неврозоподобными.

Все пубертатные проявления на данном этапе, резко видоизменяясь, принимали выраженный психопатоподобный характер со значительным нарушением общего поведения больных и появлением несвойственной им ранее утраты адаптации к привычным условиям жизни (в семье, в школе и т. п.). Психопатоподобное оформление всех пубертатных расстройств быстро приводило к генерализации процесса, распространявшегося буквально на все сферы психической деятельности и, как следствие, к полной декомпенсации больных. Поведение больных сразу начинало поражать чрезвычайной грубостью, неадекватностью и малой мотивированностью поступков. Выступали конфликтность и брутальность с бессмысленной оппозицией и тотальным негативизмом к общепринятому образу жизни, возведением в авторитет всего отрицательного. Уродливые и карикатурные формы подражания стилю в одежде, манерах вели к безграничной эксцентричности и вычурности внешнего вида и

поведения в целом, сопровождались нарочитой разболтанностью, пустым позерством и паясничаньем. Или же в поведении начинало преобладать негативистическое отношение к близким родственникам с немотивированной враждебностью и ненавистью к ним, упорным терроризированием их необоснованными претензиями, изощренной жестокостью и беспричинной агрессией. У других больных развивалось упорное стремление к разрешению абстрактных проблем при отсутствии глубины осмысления вопроса с одновременным отходом от реально значимой деятельности. Пустая ирония и постоянное фрондерство у таких больных сопровождалось претензией на оригинальность мировоззрения и реформаторскими планами, не соответствующими реальным возможностям.

В поведении больных все более выступала расторможенность, без видимого повода они куда-то постоянно спешили, нарастали «взбудораженность», «взвинченность». Нарастающая раздражительность нередко сопровождалась гротескными, однообразными истерическими реакциями, которые по своим проявлениям нередко приближались к немотивированным импульсивным вспышкам ярости и агрессии. Вместе с тем в поступках больных все больше проявлялись черты негативизма, что сопровождалось гротескно-вычурным поведением с бессмысленным желанием противоречить.

Несмотря на сохраненные интеллектуальные способности на этом этапе развития гебоидного состояния, лишь 10 из 127 больных продолжали регулярное обучение в школе, а затем в вузе. Большинство же больных к концу описываемого второго этапа болезни после резкого снижения успеваемости совсем оставляли школу в 7, 8, 9-х классах или на первых курсах института. Из них значительная часть нерегулярно была занята на несложных работах (подсобными рабочими, упаковщиками, копировальщиками, лаборантами, рабочими на заводе и др.), меньшая часть больных в течение нескольких лет вела праздный образ жизни. Занятия больных становились все более бессистемными, поверхностными. Все интересы в равной мере принимали характер сверхценных увлечений, но оказывались нестойкими, переставали быть формой духовного обогащения. Создавалось впечатление остановки и даже регресса в развитии личности. Деятельность больных все более принимала характер одностороннего непродуктивного влечения. Так, больной Г. почти ежедневно ходил в театр, смотрел спектакли по несколько раз, но руководствовался при этом не их художественными достоинствами, а степенью внимания остальных зрителей, трудностью достать билет, причем обычно тратил много энергии для выполнения своего желания.

Все более заметной становилась диссоциация между характером занятий и реальным местом больных. От серьезных по

содержанию занятий они все более переходили к развлекательным. Созидательная функция деятельности все более сменялась чисто созерцательной. Их больше устраивали занятия, не требующие собранности, усилий: они без дела скитались по улицам, разглагольствуя на общие темы, ежедневно ходили в кафе и рестораны, с удовольствием прислушиваясь к спорам на различные модернистские темы, хотя зачастую были не в состоянии постигнуть их смысл и поддержать разговор. В некоторых случаях больные, не задумываясь, уезжали в другие города «познавать жизнь», легко попадали под влияние антисоциальных личностей и совершали правонарушения. У иных на первый план выступали расторможение полового влечения, неумеренное потребление алкогольных напитков и наркотиков, занятия азартными играми. Нередко влечение к какому-либо виду деятельности определялось извращенными эмоциональными реакциями больных, и тогда характер занятий приближался по своему содержанию к перверзным влечениям. Например, больные тянулись к описаниям жестокости, авантюрных действий, отображали в рисунках различные неприятные ситуации, пьянки, человеческие уродства и т. п.

На этом этапе четко выступали отличительные особенности психопатоподобных расстройств наблюдаемых нами больных: грубое искажение и извращение аффективно-эмоциональных реакций, влечений, резкое ослабление самоконтроля и нарушение критики имитировали у них грубейшие негативные расстройства и выступали в явной диссоциации с относительно сохраненными их интеллектуальными возможностями. Бросались в глаза полиморфизм, мозаичность психопатоподобных проявлений, которые создавали картину глубокой диссоциации личностных свойств. В картине гебоидного состояния выраженные шизоидные особенности, интравертированность, эмоциональная монотонность сосуществовали с истерическими элементами рисовки и демонстративности; симптомы патологического фантазирования — с чертами ригидности; проявления повышенной возбудимости, аффективная неустойчивость сочетались с невротическими и фобическими компонентами; нарушения влечения — с расстройствами астенического круга (неуверенность в себе, утрата чувства непринужденности, повышенной рефлексией и др.).

В динамике гебоидных проявлений можно было отметить определенную закономерность, на которую мы обращали внимание в предыдущей главе. Поначалу психологические черты пубертатного криза принимали психопатоподобный характер, постепенно выливаясь в форму сверхценных образований. Затем на первый план выступал компонент одержимости, аффективной напряженности и симптомы гебоидного состояния принимали характер влечений. В

дальнейшем утрачивался и аффективный компонент в проявлениях гебоидных расстройств, реакции и поступки больных становились однотипными, привычными, совершались как бы механически, приближаясь к истинным стереотипиям. С другой стороны, при углублении гебоидных расстройств можно было наблюдать их постепенное видоизменение сверхценных образований и влечений, которые по своим проявлениям сближались с бредовыми, импульсивными и кататоническими расстройствами, не достигая, однако, степени заверщенного синдрома.

Поскольку проявления гебоидного состояния имитировали тяжелую картину негативных расстройств, то об истинном характере специфических для шизофрении изменений личности в тот период судить было трудно. Однако всегда можно было говорить о «шизофренической» окраске расстройств: чрезвычайная грубость и неадекватность реакций, поступков больных, их малая мотивированность, непонятность, странность, однообразие, нередко вычурность и нелепость. Стирались различия между индивидуальными личностными особенностями больных. Картина гебоидного состояния делала их удивительно похожими друг на друга в силу психотического характера гебоидных расстройств в этих наблюдениях.

У 39 больных клиническая картина гебоидных состояний на этом этапе целиком исчерпывалась нарастающими психопатоподобными расстройствами. У остальных 88 больных, при сохранении ведущего значения гебоидных расстройств, картина болезни усложнялась нерезко выраженными неврозоподобными проявлениями, симптомами дисморфофобии навязчивого или сверхценного характера, отдельными стертыми сенестопатиями, повышенной ипохондричностью. Эти расстройства носили рудиментарный и малодифференцированный характер и ведущего значения в клинической картине не имели. Содержание этих симптомов зачастую также определялось возрастными особенностями больных. Так, больные проявляли утрированный интерес к — своей внешности, даже подкрашивали свое лицо. Навязчивые состояния, как правило, выступали в виде непреодолимых движений, близких к стереотипиям, или в виде отдельных фобий. У одних больных появлялась манера передергивать плечом, подергивать шеей, сплевывать, тереть нос, лоб, наматывать волосы на палец, грызть ногти и т. п. У других бросалось в глаза стремление производить одни и те же движения, например перебрасывать с руки на руку одну и ту же вещь. Эти навязчивости не сопровождались попыткой бороться с ними. У ряда больных в этот период без видимого повода начиналось заикание, длящееся 2—5 лет, которое затем проходило без всякого лечения. Среди фобий чаще встречались страх темноты, одиночества, острых углов, пространства,

плотных стен, различные ипохондрические опасения.

В части случаев в этот период можно было отметить отдельные стертые и неоформленные идеи отношения. Больные проявляли недоверчивость к окружающим, к родственникам, заявляли, что боятся оставаться дома наедине с кем-либо из членов семьи, опасались встречи со «шпаной». Все эти высказывания носили характер отдельных намеков, были неотчетливы по содержанию, нестойки, сопровождались заметным стремлением привлечь к себе внимание окружающих и скорее напоминали по своим свойствам патологические фантазии больных более младшего возраста.

На описываемом, втором, этапе большое место занимали разной степени выраженности аффективные расстройства, возникавшие почти одновременно с появлением развернутой картины гебоидного состояния. В отличие от лабильности аффекта, свойственной пубертатному возрасту и в норме, аффективные нарушения носили здесь полярный, фазовый характер и возникали аутохтонно. Проявления аффективных нарушений были атипичны, собственно эмоциональный компонент выступал в крайне стертом виде. Аффективные состояния отличались значительной длительностью и растянутостью во времени (от 2—3 мес до 2—3 лет) и нередко сменяли друг друга по типу *continua*. В структуре развернутого гебоидного состояния, независимо от знака аффекта, ведущими оставались психопатоподобные нарушения, которые сохраняли доминирующее положение в картине болезни. Однако аффективные нарушения не только усложняли психопатологическую картину гебоидного состояния, но и значительно утяжеляли ее проявления, способствовали большей дезадаптации больных. Гипоманиакальные состояния вели к некоторому повышению активности, придавали налет дурашливости поведения, усиливали грубость его проявлений, вели к развязыванию влечений. Субдепрессивные расстройства чаще носили адинамический оттенок, сопровождались выраженным чувством недовольства окружающим, повышенной раздражительностью и гиперестезией. При таких состояниях усиливалось стремление больных к одиночеству, пьянству, склонность к бродяжничеству, безмотивная агрессия к родителям. Нередко у больных в депрессивных состояниях наблюдалось грубое истероформное поведение с неожиданными суицидальными попытками, не соответствующими степени глубины аффекта. Даже в депрессии сохранялись свойственные больным рисовка и бравада в поведении, что указывало на неглубокий характер аффективных нарушений, их пубертатный оттенок.

На фоне описанных перемежающихся аффективных состояний эпизодически возникали в некоторых случаях диффузная

подозрительность с ощущением, что вокруг что-то затевается, состояния беспредметного страха, тревоги с ощущением дискомфорта и общего неблагополучия, предчувствием чего-то неприятного. Периодически возникали нарушения сна в виде бессонницы или кошмарных сновидений, отличающихся необычайной образностью переживаний («как наяву»), или рудиментарных явлений ониризма. Возникали также эпизоды звучания и наплывов мыслей, транзиторное ощущение обладания гипнотической силой, угадывания чужих мыслей с чувством произвольного мышления, воспоминаний. У ряда больных возникали состояния двигательного торможения со скованностью или состояния экзальтации с чувством блаженства и умиления, необычной яркостью и иллюзорностью восприятия окружающего, чувством отрешенности или озарения, мистическим проникновением, эпизодами деперсонализации и дереализации, гипнагогическими зрительными представлениями. Все эти симптомы в структуре гебоидного состояния носили очень стертый, рудиментарный характер, их продолжительность была от нескольких часов до 1—2 дней.

На втором этапе развития гебоидного состояния нередко были преходящие расстройства мышления. Больные жаловались на обрывы (отрезки мыслей «обрывались на полпути») и торможение мыслей («тупое безразличие в голове», мысли «капают по каплям»), «пустоту» в голове. Ведущим среди указанных нарушений было расстройство концентрации мышления. Больные отмечали трудности при сосредоточении на какой-либо умственной работе, говорили, что им трудно «координировать» свои мысли, довести их до конца. Они быстро теряли нить объяснения, обнаруживали «рассредоточенность», «рассеивание мысли». Расстройства мышления носили главным образом субъективный характер, однако и в беседе при необходимости что-то объяснить, доказать, проанализировать больные оказывались несостоятельными.

Третий этап в стереотипе развития гебоидного состояния данного типа характеризовался значительным ослаблением тенденции к дальнейшему усложнению симптоматики, наступлением относительной стабилизации состояния на достигнутом уровне. Начиная с 17—20 лет, клиническая картина и поведение больных оставались почти однообразными в течение 2—3 лет. Дальнейшего усложнения гебоидных расстройств не наблюдалось, не появлялось новых болезненных проявлений. Поведение больных на этом этапе принимало отчетливо стереотипный характер. Одновременно более очевидной становилась задержка психического развития, отсутствие тенденции к обогащению личности, более заметной становилась утрата эмоциональных контактов, способности к широкому общению.

Именно на этот период приходилось основное число как первых, так и повторных госпитализаций, обусловленных грубо неправильным поведением больных. 72 из 127 больных были стационарированы в этот период от 2 до 7 раз, что значительно превышало частоту попадания в стационар больных вялотекущей шизофренией [Шмаонова Л. М., 1968]. В условиях стационара больные обнаруживали полную некритичность своего поведения, не проявляли никакой озабоченности сложившейся ситуацией, проводимую им терапию воспринимали пассивно. Прием лекарств они прекращали как только выписывались из больницы, что вело к быстрому ухудшению их состояния.

Деятельность больных становилась все более однообразной, постепенно утрачивала какой-либо внутренний смысл и выглядела странной, даже нелепой. Так, больной С., не пропуская ни одного урока в школе, вместе с тем совершенно не занимался ни там, ни дома, проводя время впустую. Больной А. механически переписывал чужие сценарии (без всякого смысла). Другие больные часами слушали одну и ту же музыку, бездумно смотрели подряд все телепередачи.

В результате нарастающей слабости самоконтроля и безволия отсутствующая продуктивность все более заменялась занятиями, не требующими усилия воли больных. Они легко попадали под влияние антисоциальных личностей, участвовали в правонарушениях, неоднократно задерживались милицией за «хулиганство» в общественных местах, неизменно оказывались вовлеченными в антиобщественные начинания. При этом больным не помогали никакие меры наказания и исправления.

Поведение больных на протяжении ряда лет поражало удивительным однообразием, независимостью от изменения реальных условий и внешних воздействий. Больные оставались глухи и к тем ситуациям, которые возникали как следствие их неправильного поведения (приводы в милицию, стационарирование, исключение из учебного заведения, увольнение с работы и др.). Упорный характер носила у них и склонность к употреблению алкоголя и наркотиков. Несмотря на отсутствие непреодолимого влечения к ним, больные не поддавались ни коррекции, ни административным воздействиям, ни противоалкогольному лечению, на которое направляли некоторых из них.

В этом периоде становились особенно заметными признаки задержки психического развития в состоянии больных: они как бы останавливались на подростковом уровне, «не выросли». Имелась явная диссоциация между крайне грубым поведением больных с цинизмом, сексуальной распущенностью, пьянством и выраженными проявлениями психической незрелости в их

отдельных поступках, которая нередко доходила до степени нелепо-гротескного инфантилизма, имитируя выраженную интеллектуальную неполноценность: больные играли в куклы, в солдатиков, подолгу бегали во дворе с дошкольниками, пускали в ванной кораблики, по-детски ревели в ответ на отказ в исполнении своего желания (например, наливать блины на сковородку), «катались» подолгу в лифте, спрашивали родителей, кого им пригласить на танец, и т. п. В степени интенсивности проявлений признаков психической незрелости имелись различия, зависящие от типа гебоидного состояния, связанные, по-видимому, с уровнем зрелости функциональных структур головного мозга к моменту возникновения заболевания. Так, в картине «ранних» гебоидов явления задержки психического развития чаще всего достигали уровня инфантилизма, в некоторых случаях приближающегося к тотальному характеру его проявлений. В картине же «поздних» гебоидов степень психической незрелости была выражена не столь заметно и обычно ограничивалась рамками ювенилизма с отчетливым парциальным характером задержки развития.

Профессиональная ориентация больных на этом этапе динамики гебоидного состояния оставалась неустойчивой. Всего 38 из 127 больных сохраняли способность к регулярной учебе или работе, т. е. трудоспособность их оказывалась более нарушенной, чем это свойственно вообще больным при вялотекущей шизофрении юношеского возраста, при которой отмечается большое количество учащихся, удельный вес только работающих составляет в первые годы болезни 24,9 %, а затем непрерывно увеличивается [Жариков Н. М., Серебрякова З. Н., Либерман Ю. И., 1971; Серебрякова З. Н., 1972]. Большинство наблюдаемых нами больных По-прежнему предпочитали праздный образ жизни или выбирали для себя несложные виды работы при активном содействии и настоянии родственников. Они долго не удерживались на одном месте, не тяготились тем, что находились на полном иждивении родных. Те же из больных, которые продолжали обучение в школе или ВУЗе (21 больной), были в числе неуспевающих, а нередко их совсем отчисляли из учебного заведения.

Следует отметить, что степень нарушения трудоспособности была тесно связана с характером ведущих гебоидных расстройств. Наиболее сниженной она оказывалась при типе «средних» гебоидов, где на первый план выступали нарастающие явления ослабления самоконтроля, отсутствие устойчивости и целенаправленности в работе, сочетавшиеся с недостаточностью критического осмысления своего состояния. При типе «ранних» гебоидов, где ведущее место в клинической картине было отведено изменению и извращению эмоциональных реакций, направленных главным образом на близких родственников, многие больные, напротив, продолжали

хорошо учиться, аккуратно посещали занятия и в школе вели себя значительно лучше, чем дома. Этот факт свидетельствовал о том, что нарушение трудоспособности в данной группе больных было в значительной мере обусловлено наличием и характером психопатоподобных расстройств, а не столько истинным падением энергетических возможностей как негативного симптома.

Важно подчеркнуть, что на протяжении этого третьего этапа, длящегося у разных больных от 2—3 до 5—7 лет, выраженность гебоидных расстройств не была неизменной. Вне связи с какими-либо внешними факторами у многих больных неоднократно отмечались кратковременные состояния неожиданного спонтанного улучшения, длящиеся от нескольких дней — недель до одного (реже нескольких) месяцев, реже отмечались периоды улучшения, не связанные с терапией, и они были более длительными: от 1 до 2 лет. В эти периоды значительно смягчались психопатоподобные проявления, больные, по выражению их родственников, становились почти «как прежде», успешно справлялись с занятиями или работой, могли наверстать запущенный материал. В этих состояниях как бы сходили на нет наблюдавшиеся до этого признаки эмоциональной тупости, восстанавливалась утраченная на время продуктивность больных. Описанные периоды было трудно обозначить как очерченные ремиссии из-за их малой продолжительности. По минований их возобновлялись гебоидные расстройства с прежней их типологической картиной.

Четвертый этап в динамике гебоидного состояния свидетельствовал о постепенной компенсации его с заметным редуцированием и последующим исчезновением гебоидных проявлений и восстановлением социально-трудовой адаптации. Он продолжался в среднем 1—2 года, совпадал в основном с возрастом 18 лет — 23 года, хотя у разных больных могли быть индивидуальные отклонения как в сторону занижения этого возраста до 17 лет, так и в сторону увеличения его до 25—26 лет. Причем и здесь имелась определенная зависимость от типа гебоидного состояния. Гебоидное состояние типа «ранних» гебоидов проходило обычно к возрасту 17—19 лет; «средние» гебоиды компенсировались несколько позже, в основном в возрасте 20—23 лет; у «поздних» гебоидов наибольший процент компенсации гебоидного состояния отмечался в возрасте 23 лет и старше.

На этом этапе значительно уменьшался полиморфизм гебоидных нарушений, сглаживались грубые неправильности поведения. Немотивированная неприязнь к родственникам утрачивала свою актуальность, склонность к употреблению алкоголя, наркотиков, необычность увлечений и интересов, «пубертатное

мировоззрение» и другие симптомы, наблюдающиеся в активном периоде развития гебоидного состояния, на этапе компенсации теряли свою явно оппозиционную направленность, заметно редуцировались, а затем постепенно сходили на нет. В отдельных проявлениях поведения больных утрачивался элемент одержимости, влечения, однако значительно дольше оставались признаки ослабления самоконтроля и невозможность целенаправленно управлять своими поступками. Последнее находило отражение в эпизодических алкогольных и сексуальных эксцессах. Постепенно сходила на нет и другая продуктивная симптоматика (неврозоподобная, дисморфофобия и др.), оставалась лишь склонность к нерезким аутохтонным сменам настроения. Социально-трудовая адаптация больных значительно повышалась. Они нередко возобновляли прерванную учебу в школе или институте, овладевали профессией, успешно справлялись с работой. В этом периоде особенно отчетливо по сравнению с предыдущим этапом выступало известное противоречие в картине и степени выраженности тех расстройств, которые на этапах активного развития гебоидных проявлений имитировали выраженные негативные изменения. Если в период развернутого гебоидного состояния создавалось впечатление глубокого эмоционального дефекта, моральной тупости, грубых проявлений инфантилизма, падения энергетических возможностей, то по мере редуцирования гебоидных нарушений изменения личности, как правило, оказывались не столь глубокими. Они ограничивались лишь утратой широты интересов, снижением психической активности, появлением сугубо рационального отношения к близким людям с потребностью в их опеке, некоторой замкнутостью в кругу семьи.

Описанным стереотипом развития ограничивалась в целом динамика затяжного гебоидного состояния при шизофрении в юношеском возрасте. Однако в зависимости от клинического варианта гебоидного состояния: «чисто» гебоидного или аффективно-гебоидного, можно было говорить о некоторых различиях в особенностях протекания отдельных этапов развития гебоидного синдрома и их длительности, а также в качестве последующих за юношеским периодом ремиссионных состояний.

Описанный выше стереотип развития затяжного гебоидного состояния наиболее соответствовал динамике расстройств при варианте «чисто» гебоидного состояния. Последовательная смена всех четырех этапов в стереотипе развития гебоидных расстройств при этом варианте была представлена в наиболее четком виде, а сами гебоидные расстройства проделывали здесь за весь этот период характерную для них динамику от психопатических проявлений до сверхценных образований и влечений и далее к стереотипиям, а в некоторых случаях

сближались с бредовыми и кататоническими расстройствами и даже принимали характер импульсивных поступков.

По сравнению с вариантом «чисто» гебоидного состояния динамика аффективно-гебоидного варианта имела свои особенности. Здесь, во-первых, начало заболевания приходилось на более поздний возраст (14—15 лет и старше), тогда как при «чисто» гебоидном варианте в большинстве случаев начало его относилось к возрасту 11—13 лет; инициальный период был менее продолжителен (до 2 лет), а при «чисто» гебоидном состоянии начальный период чаще равнялся 2—3 годам. В отличие от «чисто» гебоидного состояния начальные проявления которого характеризовались в основном чертами повышенной возбудимости, среди начальных расстройств при аффективно-гебоидном варианте преобладали признаки утрированных проявлений пубертатного криза, а также атипичные аффективные расстройства, совсем не наблюдающиеся в инициальном периоде «чисто» гебоидного состояния.

Манифестами период аффективно-гебоидного состояния приходился чаще на возраст 16—17—18 лет, тогда как при «чисто» гебоидном состоянии в значительном числе случаев имела место и более ранняя манифестация. Среди типов гебоидного состояния преобладали «средние» и «поздние» гебоиды, тогда как при «чисто» гебоидном варианте больший удельный вес имел тип «ранних» гебоидов. Гебоидные расстройства при аффективно-гебоидном состоянии развивались быстрее. Психопатоподобные проявления очень скоро принимали характер сверхценных образований и влечений, которые при дальнейшей динамике состояния иногда сближались с бредовыми расстройствами. В то же время у таких больных не наблюдалось характерной для «чисто» гебоидного состояния динамики развития психопатоподобных нарушений в сторону образования стереотипии, импульсивных поступков, близких к кататоническим явлениям. Тенденция к постепенному развитию гебоидных нарушений при варианте аффективно-гебоидного состояния была выражена значительно меньше, чем в «чисто» гебоидном варианте. Здесь гебоидные расстройства при манифестации гебоидного состояния как бы сразу принимали характер сверхценных образований и влечений и затем длительное время держались на этом уровне неизменными. Поэтому второй этап в динамике аффективно-гебоидного состояния, период быстрого нарастания и усложнения гебоидных расстройств, был значительно короче, чем при «чисто» гебоидном состоянии, тогда как третий этап — относительной стабилизации на достигнутом уровне — более продолжительным и отличался длительным однотипным состоянием с колебаниями в интенсивности проявлений. Кроме кратковременных периодов спонтанного улучшения в картине

заболевания, свойственных и «чисто» гебоидному варианту, аффективно-гебоидные состояния нередко прерывались непродолжительными, до 1—3 нед, депрессивными или маниакальными фазами с более типичной клинической картиной, в которых гебоидные проявления значительно сглаживались.

Значительно короче был и четвертый этап — относительной постепенной компенсации гебоидных расстройств. В некоторых случаях редуцирование гебоидных проявлений с выходом в ремиссию происходило почти критически в течение 2—4 мес, оставляя после себя лишь стертые аффективные колебания и изменения личности. Становление ремиссии происходило, однако, в более позднем возрасте (22—23 года и старше), тогда как «чисто» гебоидное состояние завершалось обычно в возрасте до 22 лет.

Большие трудности вызывает оценка формы течения заболевания в описанной группе больных гебоидной шизофренией. С определенностью трудно отнести его к одному из известных типов течения: непрерывному или приступообразному. По своим особенностям оно занимает как бы промежуточное положение между вялым и шубообразным (приступообразным) течением.

Мы склонны рассматривать описанные гебоидные состояния как особого рода однократные приступы (шубы) в юношеском возрасте. С нашей точки зрения, это подтверждается следующим: 1) известной ограниченностью такого состояния во времени, хотя и растянутой на годы (от 2 до 10 лет); 2) наличием в картине гебоидного состояния аффективных расстройств, носящих полярный характер и сохраняющихся в виде аутохтонных колебаний в период последующей относительной стабилизации болезни; 3) качественным различием между психическим состоянием и особенностями личности в препубертатном периоде и таковыми в пубертатном возрасте, когда активный болезненный процесс уже начался; 4) относительно быстрым углублением психопатоподобных (гебоидных) расстройств и выраженной диссоциацией между резким нарастанием симптомов эмоциональной тупости, морального дефекта и утратой трудоспособности, имитирующих тяжелые негативные изменения в период гебоидного состояния, и относительно легкими негативными сдвигами по выходе из него; 5) однообразием в проявлениях болезни в течение ряда лет без заметной тенденции к усложнению психопатологических проявлений с сохранением психопатоподобного и аффективного регистров расстройств; 6) наличием отчетливого начала и окончания гебоидного состояния; 7) колебаниями в интенсивности проявлений гебоидных расстройств, перемежающихся периодами спонтанных улучшений

психического состояния и «, в некоторых случаях очерченными ремиссиями с повторением аналогичной картины гебоидного состояния после них; 8) относительной курабельностью гебоидного состояния в период применения нейролептической терапии и быстрым наступлением ухудшения его при прекращении лечения; 9) наличием признаков острых психотических состояний, хотя и имеющих транзиторный и рудиментарный характер.

Рассматриваемое нами положение о регрессиентном типе течения описанных затяжных гебоидных состояний при шизофрении юношеского возраста иллюстрируют результаты первого этапа катамнестического обследования 96 наблюдаемых нами больных (84 мужчины и 12 женщин) из данной группы. Наблюдение длилось в течение 2—20 лет и больше, в 76 % — более 5 лет. С помощью этого обследования установлено, что к концу юношеского периода (в основном в возрасте 19—23 лет) у всех 96 больных постепенно исчезали гебоидные расстройства и можно было говорить об исходе затяжного гебоидного состояния в ремиссию с относительно стационарной клинической картиной. Последняя определялась лишь особым складом личности больных в широком смысле шизоидного круга, но с различной степенью выраженности в них явлений психической незрелости и характерных для шизофрении негативных признаков. Указанным ремиссиям было также свойственно участие аффективных фазовых проявлений. Становление этих ремиссий хронологически тесным образом связано с возрастом наступления стабилизации в процессе физиологического развития организма — 25—26 годами жизни [Тарасов К. Е., Галкин В. А., 1968].

Изучение особенностей клинической картины состояний ремиссий позволило выделить два основных типа. В клинической картине ремиссий первого типа (47 больных) в структуре личностных особенностей на первый план выступали выраженные черты психического инфантилизма (или ювенилизма) в сочетании с легкими шизотимными проявлениями. В клинической картине ремиссий второго типа (49 больных) ведущими были выраженные шизоидные особенности склада личности с чертами аутизма и чуждаковатости.

При ремиссиях **первого типа** для психического склада больных были характерны незрелость интересов и суждений, поверхностность в оценке жизненных ситуаций, отсутствие самостоятельности решений и целеустремленности в профессиональной деятельности, недостаточная дифференцированность эмоций. Жизненная кривая этих больных почти целиком диктовалась волей родителей, • супругов, определялась пассивной подчиненностью. Больные несколько не

тяготились подчиненным положением в семье, были «под пятой» у супруга, усердно выполняли хозяйственные дела, брали на себя тяготы по уходу за престарелыми членами семьи, которых прежде тиранили. Такое поведение, однако, во многом определялось потребительно-рациональными установками больных: формальностью в контакте и при оценке прошлого болезненного состояния. При хороших интеллектуальных способностях круг интересов больных ограничивался семьей и работой, они не испытывали призвания к выбранной профессии, несмотря на хорошую продуктивность в профессиональной деятельности, где они порой достигали высокой квалификации, были «на хорошем счету». Больше половины этих больных (26) выполняли к моменту катamnестического обследования квалифицированную работу, нередко совмещая ее с учебой; 9 больных этой группы были заняты интеллектуальным трудом, некоторые проходили обучение в ВУЗ ах или техникумах. Указанные выше черты эмоциональной ограниченности, пассивности дополнялись тем, что больные навсегда теряли прежних друзей, не стремились активно к контактам, обнаруживали бедность внутренней жизни, были не откровенны и с родственниками. Жизненный распорядок этих больных отличался однообразием, свободное время они проводили обычно дома, отказывались от посещения компаний, не приглашали гостей. Заботами семьи они не тяготились, дети их утомляли. Некоторым были свойственны черты педантичности с соблюдением принятого ими режима питания и распорядка дня.

В трудных ситуациях эти больные быстро терялись, не могли разрешить их без посторонней помощи. Некоторые легко вовлекались в пьянство, но при смене обстановки также легко обрывали его, не обнаруживая явлений привыкания. Психогенно спровоцированные депрессивные реакции у этих больных часто принимали эндогенную окраску. Можно было наблюдать и аутохтонное возникновение стертых аффективных монополярных расстройств типа субдепрессий, на «высоте» которых больные самостоятельно обращались в диспансер, получали больничный лист.

У ряда больных с ремиссиями этого типа вместе с указанными расстройствами на первый план выступали черты ригидности с отсутствием гибкости в решении важных вопросов, утратой тонкости мышления и критического учета Ситуации. Высказывания больных поражали шаблонностью, а вся деятельность в целом — большой монотонностью и постоянно повышенной активностью. Эти больные сохраняли ровное поведение в любой ситуации, были лишены душевных порывов, чувства юмора, жили, как «по расписанию». Такой вид ремиссии, как правило, наблюдался после гебоидного состояния типа «ранних» гебоидов. По своим клиническим проявлениям он сближался с гипер-стеническим типом ремиссий, описанным В.

М Морозовым

и Ю. К. Тарасовым (1951) после кататонических и гебефренических приступов. Сходные описания имеются и у Г. Е. Сухаревой (1933) («тонический» тип дефекта) и у Д. Е. Мелехова (1962) и у Л. М. Шмаоновой (1968) на отдельных этапах вялотекущей шизофрении, в том числе и юношеской малопрогредиентной шизофрении [Козюля В. Г., 1976; Нефедьев О. П., 1983].

Клиническая картина ремиссий **второго типа** отличалась преобладанием шизоидных особенностей личности. Причем у одних больных на первый план выступали черты замкнутости и малой общительности, у других — ведущими были изменения типа «Verschrobene» [Birnbbaum K-, 1906].

Явления психической незрелости у этих больных обычно превышали степени ювенилизма. Эти больные при беседе держались официально, отказывались идти даже на малейшее ущемление своих удобств. В разговоре обычно были многословны, без наводящих вопросов рассуждали преимущественно на общие темы, но неохотно говорили о конкретных вещах. Они охотно обсуждали психиатрические вопросы, но обычно отказывались описывать свое прошлое состояние. Многие из них легко завязывали новые знакомства, однако не устанавливали тесных контактов. Им свойственны более или менее уединенный образ жизни, странности в подходе ко многим вещам, в манере поведения. Странны и их внутрисемейные отношения, например, они считают «более удобным» для себя жить с супругами на разных квартирах.

Часто при довольно высоком интеллекте эти больные обнаруживают юношескую незрелость в суждениях, лишены дипломатичности, эгоцентричны. Наряду с этим многие проявляют повышенную склонность к рефлексии. Отмечая, наступившие изменения в своем характере, они подчеркивают, что стали более безразличны к людям и перипетиям своей судьбы, более сдержанны в проявлении чувств, рациональны. По их словам, их уже трудно чем-то удивить или в чем-то разочаровать. Этим больным свойственна однообразная, нередко сверхценная привязанность к одному какому-либо делу, обычно второстепенному по отношению к основной работе (радиodelo, звукозапись, литературное творчество и т. п.). Их отличают необычность стиля, своеобразные взгляды на жизнь. Однако прежняя «исключительность» способностей и знаний, которыми больные прежде выделялись среди сверстников, утрачивалась, они становились незаметными среди окружающих.

Тем не менее многие больные этой группы продолжали прерванное за годы болезни образование, заканчивали ВУЗы,

успешно работали по специальности, даже обнаруживали профессиональный рост. 19 из 49 больных работали инженерами, преподавателями, занимались творческой деятельностью, а 18 больных —квалифицированным трудом. Однако прежний интерес и одержимость занятиями утрачивалась, к работе и учебе больные подходили скорее утилитарно, и только небольшая часть больных стремилась найти работу, совпадающую с их увлечениями.

Больные держались обособленно в коллективе, любое увеличение нагрузки, требований к ним вызывало у них «усталость», «нервозность», повышенную раздражительность, нежелание что-то делать. Эти больные редко самостоятельно обращались к врачу, многие из них совсем выбывали из поля зрения психиатра.

Сопоставление типа гебоидного состояния, клинической картины и исхода позволило установить определенные соотношения. Так, «чисто» гебоидное состояние в 75 % случаев заканчивалось исходом в ремиссию первого типа — с выраженными явлениями психической незрелости. Причем в рамках варианта «чистого» гебоидного состояния здесь отмечался преимущественно тип «ранних» гебоидов.

Аффективно-гебоидное состояние в 77,1 % случаев заканчивалось исходом в ремиссию второго типа с преобладанием шизоидных особенностей личности. Здесь имели место состояния типа «средних» и, особенно, «поздних» гебоидов. С клинической точки зрения во всех этих случаях можно было скорее высказаться в пользу стабилизации состояния у больных по миновании гебоидного состояния, чем говорить о ремиссии в течение заболевания, поскольку было налицо полное редуцирование гебоидных расстройств к 20—25 годам, а не только ослабление проявлений болезни, которое ряд авторов считают неотъемлемым свойством ремиссии [Морозов В. М., Тарасов Ю. К., 1951; Зеневич Г. В., 1957; Наджаров Р. А., 1964]. Не было также и, очень медленного нарастания болезненных расстройств или негативных изменений, характерных для ремиссии [Vie J., 1939; Bleuler M., 1941], не отмечалось и наблюдаемых в ремиссиях. кратковременных состояний обострения [Зеневич Г. В., 1957]. Склад личности больных на протяжении многих лет оставался довольно постоянным. Данное состояние возникало спонтанно и сохранялось одинаковым вне всякой связи с терапией. Отсутствие повторного шуба на протяжении всего длительного периода катамнестического наблюдения также свидетельствовало скорее о стационарном характере исходов гебоидного состояния и позволяло лишь условно говорить о ремиссиях в данных случаях.

Течение с длительным

Гебоидная

**сохранением гебоидного
состояния в картине болезни**

шизофрения

Пантелеева Г.П.,

Цуцульковская М.Я., Беляев

Б.С.

К данной группе отнесены 63 больных с длительностью заболевания от 5 до 30 лет (в 52,4 % случаев — более 11 лет), 36 больных этой группы были обследованы катamnестически.

К этой группе были отнесены больные с малопрогрессирующим течением заболевания, клинические проявления которого так же, как и у больных первой группы, ограничивались гебоидным состоянием, возникающим в юношеском возрасте. Однако по миновании пубертатного периода у них не отмечалось редуцирования гебоидных расстройств, а имелось длительное их сохранение в картине болезни, хотя и в несколько ослабленном виде, до возраста 30 лет и старше.

Одновременно отмечалось постепенное, медленное нарастание негативных черт личности. Если у больных первой группы гебоидное состояние можно было рассматривать как активно текущий процесс, то у больных второй группы картина гебоидного состояния, напротив, на протяжении многих лет сохраняла относительно стационарный характер, не отмечалось нарастания или заметного усложнения гебоидных расстройств. Признаки течения заболевания были крайне неотчетливы, но вместе с тем с годами выявлялись постепенно нарастающее снижение социальной адаптации, утрата профессиональной ориентации, признаки эмоционального опустошения, пассивность. Помимо различий в эволюции заболевания в целом также свои особенности имели структура и динамика гебоидного состояния. Если и здесь возникновение гебоидного состояния было по времени приурочено к началу периода полового созревания, то в дальнейшем столь четкой зависимости динамики гебоидных расстройств от стадий пубертатной фазы не отмечалось, гебоидное состояние развивалось без отчетливых границ между отдельными его этапами.

Во второй группе больных также наблюдались все три симптоматических типа гебоидных состояний («ранние», «средние» и «поздние» гебоиды), но в отличие от первой группы наблюдались преимущественно «средние» (43 больных) и «поздние» (17 больных) гебоиды. Структура гебоидного состояния также имела существенные отличия. Здесь мы не наблюдали той развернутой и полной картины гебоидных нарушений, которая была свойственна больным первой группы. Клиническая картина болезни преимущественно определялась вариантом «редуцированного» гебоидного состояния. Определялось патологическое проявление лишь того или иного признака юношеского поведения в виде отдельных нарушений влечения или сверхценных образований. Но эти состояния нельзя было квалифицировать лишь только как патологию

влечений или сверхценные образования, поскольку они выступали не изолированно, а в общей картине присущих пубертатному возрасту, но значительно заостренных психических проявлений, что и определяло состояние в целом как гебоидное.

У больных второй группы в отличие от больных первой группы преобладали преморбидные свойства в широком смысле шизоидного круга и признаки нарушения раннего развития (дизонтогенеза) преимущественно искаженного типа [Юрьева О. П., 1967]. Эти пациенты в допубертатном периоде отличались крайней бедностью аффективной жизни, проявляли пассивность в познавательной деятельности. Поведение их часто носило печать однообразия без свойственной детям эмоциональной живости и активного стремления познать мир. У них отчетливо обнаруживалось отсутствие привязанностей к родителям. Они с трудом адаптировались в детском коллективе. Свойственная им замкнутость в некоторых случаях сочеталась с повышенной чувствительностью, склонностью к аутистическому фантазированию. Часто такие больные были вялы, неловки, практически не приспособлены. Такие особенности нередко сочетались с незаурядным интеллектом, многие были не по-детски рассудительны. В целом склад личности таких детей представлялся довольно мозаичным. У них нередко проявлялись черты повышенной возбудимости, упрямства, эгоцентризма. Склонность к примитивным истерическим — реакциям у них сочеталась с отдельными симптомами нарушения влечения (наклонность к кражам, поджогам). Отмечались также черты психической незрелости. Психические проявления детских возрастных кризов у этих больных были, как правило, стерты. Описанные особенности отмечались с первых лет жизни больных и на протяжении всего допубертатного периода не претерпевали существенных изменений. По качественной характеристике психический склад личности в этом периоде в большинстве случаев походил на состояния постпроцессуальные или на выраженно психопатические.

С началом пубертатного периода, чаще с 13—16 лет, (т. е. несколько позже, чем у больных первой группы), можно было отметить постепенное заострение свойств личности с одновременным появлением нерезко выраженных симптомов наступающего пубертатного криза. С этого времени можно было говорить о признаках инициального этапа в развитии гебоидного состояния. Его проявления были сходны с симптомами начального периода гебоидного состояния у первой группы больных и характеризовались усилением свойственной больным и ранее замкнутости, отчуждения от близких, с одновременным усилением симптомов дефекта. Длительность инициального периода была в основном 3—5 лет, т. е. несколько

продолжительнее, чем в первой группе больных.

Манифестация гебоидного состояния происходила у этих больных также несколько позже, в возрасте 17—20 лет. В структуре варианта «редуцированного» гебоидного состояния при более стертой прогрессивности процесса и более медленном темпе нарастания гебоидных расстройств психические пубертатные свойства не в одинаковой мере оказывались подверженными патологическому видоизменению под влиянием болезни. Поэтому в картине его возникали присущие пубертатному возрасту, но значительно усиленные явления протеста против родителей, школы, с ненужным бесплодным критиканством и неоправданным высокомерием, что выделяло этих больных среди их сверстников, приводило к усилению свойственной больным и до этого замкнутости, неоткровенности. Характерная для подростков склонность к эмоциональной лабильности принимала здесь характер непонятной капризности, конфликтности. Стремление казаться самостоятельными приводило к недисциплинированному поведению с одинокими шалостями.

Сами по себе эти признаки были чрезвычайно сходны с проявлениями физиологического пубертатного криза и трудно дифференцировались, особенно на первых стадиях гебоидного состояния. Однако постепенно в поведении больных выступали черты, настораживающие в отношении шизофренического заболевания. Пациенты забрасывали полезные занятия, подменяли их оторванными от реальности планами на будущее, непродуктивными занятиями искусством, литературой, философией, о чем имели лишь поверхностные представления. Зачастую все свое внимание они постепенно переносили на общение с праздною молодежью, богемными компаниями, легко пускались в аферы и авантюры, тратили родительские деньги на покупку ненужных вещей, начинали излишне употреблять алкоголь, наркотики, вступали в частые случайные половые связи. Во всем их поведении обращало на себя внимание отсутствие поставленной цели, недостаток, а порой и полное отсутствие моральных представлений, этических чувств. Вместо роста самостоятельности у них все более обнаруживалась незрелая зависимость от родителей в жизненных вопросах, пассивное подражание окружающему. Явления психической незрелости становились более заметными.

У больных с более глубокими изменениями личности ведущими были отчетливо антисоциальные черты в поведении, когда вследствие пассивной подчиняемости они становились участниками различных нарушений порядка, драк, попоек, краж. Однако описанное поведение больных не носило столь тяжелого для окружающих характера. Слывя «трудными» детьми, они все же оставались в реальной жизни: продолжали

учебу в школе, хотя у них значительно снижалась успеваемость. Дома вели себя «тихо», «как посторонние», «в штыхы» встречали лишь любую попытку родителей изменить образ жизни и занятий. Поведение больных не выглядело столь парадоксальным, неадекватным, как у больных первой группы. На этом фоне отдельные черты пубертатного поведения приобретали патологический характер, доходя до уровня сверхценных образований и влечений, а нередко напоминали неодолимые поступки. В поведении больных выступали симптомы грубого расторможения или извращения полового влечения, нередко с гомосексуальными тенденциями, или признаки так называемой «метафизической интоксикации» с характером влечения к какому-то виду деятельности. Поведение других больных отличалось влечением часто к бесцельному бродяжничеству. Иные обращали на себя внимание чрезмерным употреблением алкоголя и наркотиков. Некоторым было свойственно влечение к кражам, нередко сочетавшееся со стремлением к коллекционированию ненужных вещей.

Описанный патологический характер поведения больных значительно препятствовал нормальной адаптации их в обществе и часто служил единственной причиной для родственников при обращении их к врачу по поводу этих больных. Однако, будучи стационарированными, эти больные вели себя в отделении спокойно, подчиняясь режиму. В их психическом состоянии бросались в глаза черты эмоциональной тупости с отсутствием какой-либо симпатии к окружающим, монотонность поведения, выраженная пассивность. Заметны были однообразие высказываний больных, оперирование одними и теми же аргументами, примерами, склонность к резонерству. Аутохтонные колебания настроения в виде очень стертых аффективных фаз значительно усугубляли картину поведения больных.

Описанные проявления гебоидного состояния в течение многих лет (4—7 лет) оставались довольно однообразными и как бы застывшими. Лишь временами однообразие клинической картины прерывалось чрезвычайно короткими психотическими эпизодами с элементами острого бреда, психического автоматизма, кататоническими расстройствами, внезапно наступающими расстройствами мышления и др. Такие состояния продолжались не больше нескольких дней, чаще длились несколько часов или 1—2 дня и не вели к последующему углублению имеющихся у больных негативных изменений, что чрезвычайно сближало их с фазами у психопатов. Это сходство увеличивалось и тем, что возникновение их не всегда было обусловлено чисто эндогенно, нередко их появлению предшествовали легкие экзогении, незначительные психогенные моменты, в то время как в ответ на более серьезные и тяжелые психотравмы больные реагировали свойственной им

эмоциональной тупостью. Такие картины описывались многими авторами как «вспышки» или «фазы» у гебоидов [Бернштейн А. Н., 1912; Алексанянц Р. А., 1956; Цуцульковская М. Я, 1967; Rinderknecht G., 1920; Chazoud J., 1964; Carraz J., 1969», и др.]. Развитие гебоидного состояния у больных второй группы не сопровождалось столь резким нарушением или утратой трудоспособности, как у больных первой группы. Эти больные длительное время сохраняли способность к труду и учебе, хотя выполняли их без целеустремленности или творческой активности. В этом периоде (до возраста 21 года) лишь 38,1 % больных были стационарированы по поводу гебоидного состояния. Однако по сравнению с больными первой группы более «благополучное» течение гебоидного состояния у больных второй группы сохранялось лишь на первых этапах заболевания. К концу юношеского периода, ко времени наступления возраста возмужания, в отличие от больных первой группы у них не отмечалось значительного сглаживания гебоидных расстройств. Надолго сохранялись лишь менее выраженные юношеские формы поведения со стремлением противопоставить себя обществу, с сохранением отвлеченного характера интересов, идущих вразрез с общепринятыми, что обычно коррелировало с особенно заметными проявлениями психической незрелости. Более заметными выявлялись сверхценные образования и нарушения влечений, становившиеся с годами все более монотонными и однообразными.

Таким образом, в отличие от больных первой группы у больных второй группы по миновании юношеского возраста все более выявлялась постепенная декомпенсация общего психического состояния. Хотя характер продуктивных симптомов оставался по-прежнему на уровне относительно легких расстройств и ограничивался регистром психопатоподобных проявлений, тем не менее постепенно снижался профессиональный уровень больных, а в некоторых случаях они оказывались нетрудоспособными. Дезадаптация у них становилась все более выраженной. Именно в возрасте старше 25 лет, когда у больных первой группы наступала хорошая компенсация состояния, пациентов второй группы чаще всего стационарировали в больницу. Они все менее продуктивно справлялись с работой, снижался их профессиональный уровень, от более квалифицированной работы пациенты переходили к подсобной. Как показало катamnестическое исследование, 50 % таких больных к моменту катamnеза были заняты неквалифицированным подсобным трудом или не работали совсем. Наряду с этим у больных усилились явления, характерные для дефекта личности при шизофрении: на фоне проявлений эмоциональной тупости сильнее проступали черты «психэстетической пропорции» (по Е. Кречмеру), нарастала парадоксальность эмоциональных реакций, утрата их связи с

реальной ситуацией, « утрата чувствительности к реальным коллизиям, больные становились все более монотонными, пассивными в устройстве своей судьбы. Аутохтонные аффективные расстройства фазного характера проявлялись более отчетливо, иногда были растянуты на годы и мешали компенсации состояния больных. Несмотря на формально сохраненные интеллектуальные возможности, способность к хорошему запоминанию, умению хорошо говорить, больные обнаруживали бесплодность своих занятий, которая часто сочеталась с склонностью к пустому рассуждению — так называемое относительное слабоумие [Bleuler E., 1914].

В возрасте старше 30 лет у таких больных отмечалось постепенное сглаживание влечений, сверхценных образований. Черты юношеского оппозиционного поведения уступали места все большей пассивности, происходила как бы переакцентировка отдельных черт личности, и на первый план выступали черты шизофренического дефекта. Больные становились невероятно эгоистичными, принимали как должное опеку родителей, беззастенчиво пользовались их заботами.

Особенности динамики болезненных расстройств в этих случаях не позволяли рассматривать состояние больных как стабильное, а свидетельствовали об очень медленной, растянутой на годы прогрессивности процесса, которая носила очень стертый характер с постепенным явным усилением присущих больному с детства симптомов шизофренического дефекта и выявлением признаков глубокой задержки психического развития. По клиническим особенностям течения заболевания больные этой группы наиболее близки больным, описанным В. Г. Левитом (1968) и Л. М. Шмаоной (1968), а в последние годы А. Б. Смулевичем (1983) в рамках так называемого простого варианта вялотекущей шизофрении. Однако по отношению к ним описанные случаи представляются атипичными. Здесь не было отчетливого начала болезни, отсутствовали четкие признаки постепенного усложнения психопатологической картины, которая целиком исчерпывалась симптомами видоизмененного пубертатного криза, не происходило качественных изменений свойств личности, лишь смещались акценты с выдвиганием на первый план негативных симптомов. Указанные особенности не снимают в некоторых случаях предположения о подспудном «латентном» (в понимании Е. Bleuler) течении заболевания со стертой прогрессивностью в развитии болезни. Этот вопрос, бесспорно, нуждается в дальнейшей разработке.

**Глава IV. Гебоидная
шизофрения со
злоупотреблением алкоголем**

**Гебоидная
шизофрения**
Пантелеева Г.П.,
Цуцульковская М.Я.,
Беляев Б.С.

Как было описано в предыдущих главах, диагностика гебоидной шизофрении (гебоидофрений) представляет большие трудности вследствие сходства ее проявлений с признаками утрированного пубертатного криза. Эта задача еще более усложняется, если в картине гебоидофрений доминирующим симптомом становится злоупотребление алкоголем, которое (как было показано) весьма часто имеется в структуре гебоидных расстройств. Характерная для этих больных в юношеском возрасте значительная социальная и трудовая дезадаптация в сочетании со злоупотреблением алкоголем на практике нередко ошибочно рассматривается как результат бытового пьянства у юношей, и к больным применяются не медицинские, а социальные меры. В других случаях таких больных неправомерно определяют как страдающих только хроническим алкоголизмом и ограничиваются проведением специфического противоалкогольного лечения или только купированием алкогольных проявлений. При этом явно не учитывается то обстоятельство, что тяжелые нарушения поведения этих пациентов и их социально-трудовая дезадаптация, которые при хроническом алкоголизме у лиц, не страдающих шизофренией, появляются лишь спустя определенный период злоупотребления алкоголем и при наличии несомненных признаков хронического алкоголизма, при гебоидофрении, осложненной массивным злоупотреблением алкоголем, как правило, предшествуют его началу и тем более формированию психической и физической зависимости от алкоголя. Часто также не принимается в расчет атипичия возможных в этих случаях алкогольных психотических эпизодов, а также характер изменений личности, который отличается от признаков алкогольной деградации. В случаях принятия ошибочного заключения об отсутствии у этих больных психического заболевания (шизофрении) для них не устанавливаются и соответствующие социально-трудовые ограничения. В связи с этим они могут оказаться в условиях повышенной опасности (вождение транспорта, особые виды производства, работа с огнестрельным оружием), что очень опасно из-за возможности неожиданного появления у них неадекватной реакции, импульсивных поступков и других нарушений поведения. Таким образом, неправомерная клиническая квалификация состояния этих больных не только ведет к ошибочной нозологической оценке, но и препятствует адекватному выбору социальных и медицинских решений.

Для выяснения характера течения гебоидофрений с хроническим алкоголизмом и выявления места и особенностей последнего в клинических условиях нами было проведено специальное изучение 74 больных.

Выше отмечалось, что гебоидофрения дебютирует чаще всего в начале пубертатного периода (в возрасте 12—13 лет) и достигает наиболее развернутых проявлений к его середине — к 14—17 годам. Именно к этому времени часть больных, как это

отмечалось в описанной клинической картине болезненного нарушения поведения, начинает злоупотреблять алкоголем. Как было указано, хотя состояние всех больных гебоидофренией характеризуется психопатологически сходными гебоидными проявлениями, но у одних больных они являются симптомами активно развивающегося процесса в рамках особого затяжного пубертатного шизофренического приступа, за которым следует ремиссия, а у других — проявлениями непрерывного вялого течения шизофрении. Необходимость разграничения этих двух типов гебоидофрении важна еще и потому, что выявляет степень злоупотребления алкоголем в каждом из них и в дальнейшем позволяет наблюдать его существенно различную динамику.

В случаях затяжных гебоидных приступов злоупотребление алкоголем начинается в период развернутой стадии гебоидного состояния, т. е. в возрасте 15—16 лет, и затем становится неотъемлемой составной частью психопатологического состояния больных, приобретая доминирующий характер в картине заболевания. Неумеренное злоупотребление алкоголем сочетается с выраженной социальной дезадаптацией и значительным нарушением поведения и зачастую способствует первоначальному ошибочному мнению об этих больных как о страдающих хроническим алкоголизмом, а для родных часто служит поводом обращения к психиатру.

Характер начала злоупотребления алкоголем у данной группы больных бывает различным, но в основном отражает особенности ведущих болезненных проявлений. У одних больных начало неумеренного употребления алкоголя носит характер болезненного оппозиционного мировоззрения. Злоупотребление алкоголем в этих случаях больные рассматривают как свое «жизненное кредо» или как одну из возможностей продемонстрировать упорное негативистическое отношение к общепринятым нормам жизни с постоянным стремлением бросить вызов окружающим. Они легко приспосабливаются именно к тем микросоциальным условиям, которые как нельзя более соответствуют их дезадаптированным, в результате основного шизофренического заболевания, формам общественного поведения. Больные активно оправдывают свое поведение, с пустой бравадой отвергают все моральные принципы общества, провозглашая, что в жизни, кроме «пьянства, нет ничего хорошего». Отношение к ежедневным алкогольным эксцессам определяется ими как неотъемлемая часть желаемого «жизненного сервиса», в котором употребление алкоголя выступает в качестве неизбежного ритуала.

В других случаях у больных этой группы злоупотребление алкоголем носит характер подражания, когда они, возводя в идеал «независимые» формы поведения, упорно стремятся

проводить время в компаниях бездельничающих подростков, антисоциальных личностей, которые становятся для них «кумирами». Больные старательно и увлеченно подражают их манерам, образу жизни и времяпрепровождению. Реже при гебоидофрении тенденция к злоупотреблению алкоголем носит компенсаторный характер, когда пациенты с помощью алкоголя стремятся избавиться от нежелательного чувства неуверенности, ощущения скованности на людях или же прибегают к алкоголю в периоды стертых, адинамических субдепрессий, протекающих с признаками вялости, уныния, угнетенного настроения. Лишь у части больных стремление к употреблению алкоголя с самого начала заболевания носило характер внезапного, непреодолимого влечения, которое осуществлялось ими незамедлительно. Данное стремление по своей интенсивности скорее внешне напоминает сформировавшееся влечение к алкоголю при хроническом алкоголизме, но в отличие от последнего вызвано не желанием больных привести себя в состояние опьянения для достижения психического или физического комфорта, а является одним из признаков расстройств влечения в рамках гебоидофрении наряду с другими психопатоподобными проявлениями, такими, как вспышки брутального возбуждения, дромоманические тенденции, сексуальные эксцессы.

Столь тяжелый характер систематического злоупотребления алкоголем имитировал подчас картину хронического алкоголизма, однако изучение динамики алкогольных проявлений и их клинических особенностей показало, что сходство это чисто внешнее. Практически не удавалось выделить в анамнезе изученных больных стадию бытового пьянства, которая, как известно, предшествует развитию хронического алкоголизма и выражается частым употреблением больших доз алкоголя по ничтожным внешним поводам [Рахальский Ю. Б., 1959; Стрельчук И. В., 1973; Портнов А. Д., Пятницкая И. Н., 1973].

Неумеренное употребление алкоголя у этих больных носило с самого начала хаотический характер. Периоды злоупотребления алкоголем без всякой закономерности сменялись периодами воздержания разной продолжительности. С самого начала злоупотребления алкоголем этим больным, как правило, свойственны высокая толерантность, отсутствие рвотного рефлекса и отвращения к алкоголю, изначальная возможность употребления крепких спиртных напитков и тяжелый характер опьянения с выраженной брутальностью и конфликтным поведением. Однако эти признаки нельзя рассматривать как проявление динамики хронического алкоголизма, свойственные его I и II стадиям, поскольку они появляются и присутствуют у больных с самого начала злоупотребления алкоголем и скорее свидетельствуют о характерных для больных гебоидофренией

признаках высокой резистентности к воздействиям алкоголя. Хотя отдельные признаки, свойственные клинической картине хронического алкоголизма (исчезновение рвотного рефлекса, переход от употребления вина к более крепким алкогольным напиткам, палимпсесты, амнезии опьянения), не только имеются у таких больных и даже развиваются в сжатые сроки, выступают они здесь в разрозненном виде, хаотично и носят фрагментарный, редуцированный характер, не образуя единого наркоманического симптомокомплекса [Портнов А. А., Пятницкая И. Н. 1973]. Последнее обстоятельство не позволяет рассматривать их как достоверные признаки хронического алкоголизма.

У изученных больных практически не удавалось выявить четких признаков начальной стадии хронического алкоголизма: у них отсутствовал характерный для хронического алкоголизма симптом первичного патологического влечения к алкоголю. Такие больные в большинстве злоупотребляли алкогольными напитками вследствие утверждаемого ими образа жизни, активно его отстаивали, считали свое поведение вполне приемлемым. Они не обнаруживали при этом характерных для развития патологического влечения к алкоголю аффективной напряженности, рассеянности, тревожности. Другой характерной особенностью является здесь отсутствие свойственного хроническому алкоголизму симптома снижения контроля над количеством выпитого, как следствия патологического влечения к алкоголю, возникающего в опьянении. Пассивно соглашаясь на любое предложение выпить, эти больные тем самым обнаруживают характерные для гебоидного состояния признаки нарастающего ослабления самоконтроля и безволия.

В отличие от больных хроническим алкоголизмом они могут неожиданно, с легкостью и надолго прекратить прием спиртного вследствие своих «особых» соображений.

Несмотря на многолетнее неумеренное злоупотребление алкоголем характер опьянения сохраняется у этих больных в неизменном виде, без какой-либо заметной динамики, свойственной отдельным стадиям постепенно развивающейся алкогольной болезни. Злобность, подчеркнутое стремление к конфликтам и дракам в состоянии алкогольного опьянения у этих больных необходимо рассматривать не как проявления изменений личности, свойственных хроническому алкоголизму. Здесь изменения личности являются следствием усугубления под влиянием приема алкоголя расстройств, свойственных больным и до начала пьянства вследствие их гебоидного состояния и характерных для него эмоциональных нарушений: дисфорический оттенок аффективных расстройств, беспричинная жестокость, извращенный интерес ко всякого

рода скандальным историям и т. д. Такое поведение больных нередко приводит к столкновениям их с органами власти, во время которых больные ведут себя нарочито вызывающе, кичатся приводами в милицию, упорно доказывают правомерность такого своего поведения. Больные превращают злоупотребление алкоголем в самоцель, рассматривают его как необходимый и узаконенный, с их точки зрения, атрибут поведения. Относятся к нему с гротескной бравадой, назойливо стараются проинформировать об этом окружающих. Распивая в компании бездельничающих подростков алкогольные напитки, сопровождают пьянство претенциозными и бесплодными критиканскими рассуждениями на отвлеченные темы. Больше всего именно эти факторы («подходящая» компания, возможность продемонстрировать свое болезненно-видоизмененное отношение к обществу в целом и искаженное желание противопоставить себя требуемым нормам поведения) обуславливают частые алкогольные эксцессы у этих больных, длящиеся по несколько дней.

Таким образом, только по своим, чисто внешним признакам эти проявления имитируют картину постоянного пьянства во II «стадии хронического алкоголизма. У наблюдаемых больных наряду с другими признаками начала формирования хронического алкоголизма отсутствовал, как правило, и абстинентный синдром с характерной для него картиной психической и физической зависимости. Ежедневные алкогольные эксцессы у них были обусловлены не патологическим влечением, а болезненно видоизмененными жизненными установками, утрированным стремлением противопоставить себя общепринятым нормам поведения.

При отсутствии абстинентного синдрома как такового, в единичных случаях здесь встречались как бы отдельные его признаки — ухудшение физического самочувствия после приемов значительного количества алкоголя. Однако при некотором внешнем сходстве эти признаки нельзя рассматривать как настоящие соматические проявления развивающегося абстинентного синдрома, так как в их картине не наблюдается вегетоастенических симптомов, для ликвидации их не требуется опохмеления — одного из основных признаков абстинентного синдрома. Скорее эти симптомы у изученных больных являются следствием алкогольной интоксикации от приема больших количеств алкоголя. Физическое недомогание и тяжесть в голове у этих больных, хотя и не сопровождаются с самого начала злоупотребления алкоголем чувством отвращения к алкоголю, но проходят без дополнительного приема алкоголя. Больные в этих случаях никогда не прибегают к приему спиртных напитков в стремлении избавиться от неприятного самочувствия. Приемы алкоголя в этом периоде по-прежнему хаотически и обусловлены клинически выраженными

признаками ослабления самоконтроля и пассивного подчинения или подражания окружающим. Психического компонента похмельного синдрома не наблюдается.

Значительное и быстро наступающее социальное, профессиональное снижение этих больных внешне создает впечатление глубокой личностной деградации по алкогольному типу, чему еще в большей степени способствует их запущенный, неряшливый вид. Вместе с тем и эти признаки являются одним из проявлений гебоидного синдрома, а не результатом развивающейся алкогольной деградации. В отличие от изменений личности у больных хроническим алкоголизмом неряшливая одежда, игнорирование правил личной гигиены, утраты элементарного чувства брезгливости являются здесь не результатом глубокого личностного снижения, а следствием утрированной оппозиции окружающему, бравады, приводящих их к неадекватным и непонятным формам поведения. Протест против общепринятого принимает у этих больных характер бессмысленных антиобщественных поступков. Злоупотребление алкоголем и¹ грубое антисоциальное поведение противоречат склонности больных к интеллектуальным занятиям и философским бесплодным построениям.

Если снижение критических возможностей при алкогольных изменениях личности сопровождается характерным интеллектуальным снижением с сосредоточенностью сферы интересов на алкогольной тематике, расстройством способности к запоминанию нового и снижением способности к продуктивной деятельности, то у этой группы больных гебоидофренией изменения продуктивности в любом виде деятельности сопровождаются лишь утратой способности к целенаправленному систематическому труду и потерей стремления к приобретению полезных знаний. Для них характерен контраст между сохранными интеллектуальными возможностями и абсолютной неспособностью к полезной деятельности. Полная бездеятельность в полезных занятиях сочетается с успешным накоплением знаний в каких-либо, фактически не нужных, лишенных реальной практической ценности областях науки и искусства. Взамен характерного алкогольного юмора с цинизмом и плоскими шутками, у этих больных выступают неадекватность, малая мотивированность и нередко извращенный характер эмоциональных реакций. Грубая обнаженность в поведении, цинизм, утрата способности к проявлению высших эмоций у этих больных во многом определяются их открытым стремлением подчеркнуть тем самым протест против общественных норм жизни. Значительную роль играет здесь свойственная этим больным задержка психического развития. На первый план часто выступает чрезвычайная их беспечность, карикатурная бравада и пренебрежение мнением окружающих. Описанные выше

особенности поведения больных, как правило, сопровождаются социально-трудовой дезадаптацией, достигают значительной выраженности еще до начала злоупотребления алкоголем. Частые алкогольные эксцессы лишь усугубляют уже имеющиеся нарушения социального статуса этих больных.

Характерно, что у больных в возрасте 20—23 лет, одновременно с постепенным редуцированием гебоидных расстройств и компенсацией состояния, характер злоупотребления алкоголем становится менее тяжелым. Алкогольные эксцессы возникают все реже. При этом у пациентов сохраняется высокая переносимость больших доз алкоголя. Нарушение социальной и трудовой адаптации, свойственное периоду активного, развернутого течения болезни, на данном этапе словно подвергается обратному развитию. Больные вновь приступают к работе, восстанавливаются в средних учебных заведениях или институтах, приобретают в большинстве случаев ту или иную квалифицированную профессию, успешно справляются с работой.

По окончании же затяжного гебоидного приступа и выходе в ремиссию, к 23—25 годам, эти пациенты или совсем перестают употреблять алкоголь, или проявляют склонность лишь к эпизодическому его приему, который не сопровождается теперь тяжелыми формами опьянения и не нарушает адаптации больных в жизни. Подобная стойкая компенсация состояния не определяется у этих больных курсом противоалкогольного лечения или психофармако-терапией, а четко приурочена к их возрасту, а именно — к окончанию юношеского периода и вступлению больных в возрастную фазу зрелости. Несмотря на тяжелый и систематический характер злоупотребления алкоголем в активный период болезни, в наступившей ремиссии, как правило, не выявляется у больных признаков алкогольной деградации. Соматоневрологическое обследование, а также данные электроэнцефалографического исследования подтверждают отсутствие у них признаков нарушения со стороны внутренних органов или явлений органического поражения со стороны внутренних органов или явлений органического поражения ЦНС.

Изложенное выше позволяет рассматривать злоупотребление алкоголем у этих больных как симптоматическое в рамках ведущего гебоидного синдрома при течении шизофренического процесса в виде затяжного гебоидного приступа.

Иную картину имеет алкоголизм у 49 больных с вялотекущей гебоидофренией. Хотя неумеренное пьянство здесь также совпадает с развернутой фазой пубертатного криза (возраст больных 15—16 лет), характер его начала несколько иной. Ведущим в стремлении к злоупотреблению-, алкоголем является

мотив пассивного подражания. Чаще всего именно желание подражать «не отстать» от компании, утвердиться в глазах «антисоциальных» подростков и приобщиться к их среде побуждает больных принимать участие в выпивках. Кроме того, значительную — роль в возникновении злоупотребления алкоголем в данных случаях играют различные микросоциальные факторы, влияние отрицательного примера окружающих: выпивки в кругу семьи, те же традиции в кругу сослуживцев, влияние антисоциальных сверстников во дворе и т. п. Известно, что подобные факторы обычно имеют немаловажное значение и при начале пьянства у больных с хроническим алкоголизмом [Пятницкая И. Н., Портнов А. А., 1973; Стрельчук И. В., 1973; Foquet P. A., 1959; Battegey G., 1962; Alexander C. N., 1966].

Систематическое злоупотребление алкоголем у больных данной группы не только доминирует в структуре гебоидного состояния, но и прodelывает в своем развитии иную, чем при течении гебоидофрении в виде затяжного приступа динамику. Важно подчеркнуть, что особенности этой динамики позволяют говорить о появлении у данных больных признаков хронического алкоголизма.

Так, в возрасте 17—18 лет у этих больных достаточно отчетливо прослеживается период формирования бытового пьянства. Они постепенно возобновляют употребление алкоголя, несмотря на часто тяжелое физическое самочувствие в опьянении, протекающее с выраженным рвотным рефлексом и чувством отвращения к алкоголю. В дальнейшем характер злоупотребления алкоголем у них меняется и через 1—4 года от его начала у большинства больных уже наблюдаются исчезновение рвотного рефлекса, повышение толерантности к алкоголю, появление палимпсестов, вегетативной дистонии и других признаков, свойственных хроническому алкоголизму. Причем здесь эти симптомы, хотя и несколько видоизмененные, развиваются уже в соответствующей клиническому течению хронического алкоголизма последовательности, выступают в четкой совокупности и могут свидетельствовать о становлении начальной стадии хронического алкоголизма. Их отличительными свойствами являются рудиментарный характер проявлений, явная диссоциация между неумеренным злоупотреблением алкоголем и стертой признаками патологического влечения к алкоголю, преобладание соматического компонента над психическим во всех расстройствах алкогольного генеза. Так, в данных случаях стремление к употреблению алкоголя не сопровождается характерными для хронического алкоголизма в начальной его стадии элементами борьбы мотивов, изменением психического самочувствия в виде аффективной напряженности, рассеянности, тревожности. Употребление высоких доз

алкогольных напитков не обнаруживает никакой закономерной связи со стремлением достичь при этом психического комфорта в состоянии опьянения. Если в процессе выпивок и употребляют все большее количество алкоголя, то не из-за усиления стремления к дальнейшему употреблению алкоголя, а из-за того, чтобы не нарушить «мужскую солидарность», «не отстать» от других и продемонстрировать свою независимость. Ежедневные алкогольные эксцессы больных связаны не столько с развитием патологического влечения к алкоголю в опьянении, сколько вытекают из их образа жизни в целом, нарушенной под влиянием болезни адаптации в обществе.

Психические компоненты неврозоподобного состояния, сопровождающего развитие начальной стадии хронического алкоголизма, в данных случаях также отсутствуют или бывают слабо выражены.

Как уже указывалось выше, у этих больных и в дальнейшем, по миновании юношеского возраста, сохраняется гебоидное состояние, включая интенсивное злоупотребление алкоголем, однако проявления хронического алкоголизма отличаются здесь и на отдаленных этапах заболевания рядом особенностей. О видоизменении качества опьянения в этих случаях можно судить по усилению грубого психопатоподобного поведения больных, которое поражает своим неожиданным цинизмом, отсутствием чувства ситуации, снижением способности к критической оценке своего поведения. Проявления и закономерности течения абстинентного синдрома у данных больных также имеют свои особенности по сравнению с таковыми при классической динамике хронического алкоголизма. О возникновении абстинентного синдрома у большинства больных можно судить лишь по симптому исчезновения в похмельном состоянии отвращения к алкоголю, который С. Г. Жислин (1965) рассматривал в качестве раннего признака похмелья. Абстинентное состояние, как правило, не сопровождается здесь психическими нарушениями, а соматические признаки, характеризующие похмелье, не вызывают неодолимого влечения к алкоголю, обычно возникающего в структуре абстинентного синдрома при хроническом алкоголизме [Жислин С. Г., 1965; Портнов А. А., Пятницкая И. Н., 1973]. Употребление этими больными суррогатов алкоголя также не связано со стремлением достичь более интенсивного тяжелого опьянения, а скорее вызвано желанием больных «поддержать компанию» или из чувства бравады. Периоды ежедневных выпивок, длящиеся неделями и месяцами, обусловлены не чередованием опохмеления с очередным употреблением алкоголя, а определяются в первую очередь обрядовым характером алкогольных эксцессов, позволяющим больным сохранять ставший привычным для них

образ жизни, способ общения с окружающим.

Описанная картина злоупотребления алкоголем с ранним появлением признаков начальной стадии хронического алкоголизма сохраняется на протяжении всего дальнейшего течения болезни, в то время как возникающие симптомы II и III стадии развиваются здесь вне свойственной хроническому алкоголизму последовательности и, как правило, не постоянны и атипичны в своих проявлениях и не достигают ведущего положения в состоянии больных. Создается впечатление задержки хронического алкоголизма на его I (начальной) стадии. Даже по прошествии 10—13 лет злоупотребления алкоголем у этих больных не выявляется заметных психических и неврологических признаков алкогольной энцефалопатии, характерной для отдаленных этапов хронического алкоголизма. Социально-трудовая дезадаптация в данных случаях наступает одновременно с манифестацией гебоидного состояния и лишь ее дальнейшие проявления обнаруживают зависимость от злоупотребления алкоголем. По мере развития симптомов хронического алкоголизма можно проследить у этих больных утяжеление социально-трудовой дезадаптации. Причем в большей степени влияние систематического пьянства сказывается на нарушении социальной адаптации больных, чем трудовой.

В структуре изменений личности больных этой группы, несмотря на массивную многолетнюю интоксикацию алкоголем, на отдаленных этапах выступают не явления алкогольной деградации, а нарушения иного порядка, характерные для дефекта личности при шизофрении. Наряду с явными проявлениями эмоциональной тупости усиливаются черты «психэстетической пропорции» по Е. К. Кречмеру. Парадоксальность эмоциональных реакций, утрата чувствительности к реальным коллизиям сочетаются с болезненной чувствительностью к малейшему (нередко даже мнимому) ущемлению достоинства больных. Они становятся все более монотонными, пассивными, равнодушными к устройству своей жизни, напоминая «аффективное слабоумие», описанное К. Binswanger (1920) у так называемых шизоидных алкоголиков. Одновременно все более выявляются признаки задержки психического развития.

Столь редуцированный, «неразвившийся» характер хронического алкоголизма у этих больных как бы находится в противоречии с возможностью появления у них алкогольных психотических эпизодов и более очерченных во времени алкогольных психозов. В противоположность гебоидофрении, протекающей в виде затяжного пубертатного приступа, при котором практически не наблюдается алкогольных психотических эпизодов, при непрерывной гебоидной

шизофрении со злоупотреблением алкоголем проявления этих эпизодов возможны. Возникают они спустя 11—15 лет, реже 5—10 лет от начала гебоидофрении (т. е. чаще по миновании большими пубертатного возраста), но в отличие от больных только хроническим алкоголизмом алкогольные психотические эпизоды могут появляться при наличии I стадии хронического алкоголизма или в начале II стадии. Один раз возникнув, они чаще всего имеют тенденцию к многократному повторению.

Как показало исследование С. А. Извольского (1982), при анализе клинических проявлений алкогольных психозов у больных непрерывнотекущей гебоидной шизофренией с интенсивным алкоголизмом, несмотря на близость их с описанием алкогольных психозов у больных только хроническим алкоголизмом, обращают на себя внимание во всех случаях признаки атипичности психотической картины. Кроме того, всегда заметен в большей или меньшей степени выраженный шизофренический дефект личности. Последний, помимо аутизма, эмоционально-волевого обеднения, психического инфантилизма, нарушений мышления в виде его аморфности, непродуктивности и резонерства, проявляется в малой доступности больных. Еще одной особенностью является отсутствие у этих больных психоорганического симптомокомплекса, расстройств памяти, а также несвойственный для образа жизни «обычных пьяниц» запас знаний, форма построения фраз, нередко оригинальность суждений.

По частоте встречаемости у этих больных на первом месте стоят алкогольный параноид и алкогольный галлюциноз и лишь на втором — алкогольный делирий. Для клинического течения алкогольных параноидов характерна их кратковременность (по длительности они редко превышают 3—5 дней). Затяжных и хронических алкогольных параноидов не наблюдается. Бредовая фабула по большей части несистематизирована, в основном это бред преследования с ощущением угрозы со стороны окружающего, бредовым поведением для спасения жизни. Бред развивается чаще на фоне алкогольной абстиненции. Частыми являются очень рудиментарные проявления бреда инсценировки, отрицательного и положительного двойника, идеи воздействия. Интересно отметить, что бред ревности, столь характерный для типичных алкогольных параноидов, наблюдается здесь крайне редко, что связано с влиянием возрастного фактора (для юношеского возраста эта тематика вообще не свойственна). Для выхода из психоза характерна формальная критика к перенесенному и малая доступность. Выраженную атипичность имеют у этих больных алкогольные галлюцинозы. Во-первых, зачастую они развиваются не в периоде абстиненции, а на высоте интоксикации алкоголем. Помимо голосов бытового содержания, угроз в свой адрес, у

больных часто встречаются фантастические переживания — больные слышат голос «бога» и т. д. Часты вербальные галлюцинации приятного, нейтрального или комментирующего содержания. По длительности алкогольные галлюцинозы очень кратковременны — от нескольких минут, часов до 1—2 сут. Или же галлюциноз носит фрагментарный характер и появляется на несколько минут в течение 2—3 дней. Как и при других алкогольных психозах, в случаях гебоидной шизофрении при галлюцинозе обычно трудно выяснить содержание слуховых галлюцинаций из-за малой доступности больных.

Алкогольные делирии отличаются в большинстве случаев абортивностью, фрагментарностью делириозного помрачения сознания, отсутствием микрозоопсий. Часто содержанием зрительных галлюцинаций бывают фантастические или сказочные персонажи. Типичен для таких делириев большой удельный вес вербального галлюциноза, часто носящего характер псевдогаллюциноза. Нередко наблюдаются конфабуляторные высказывания с парафренной окраской, нелепости в поведении. Отношение к перенесенному делирию у больных бывает двояким — в одних случаях они бравируют тем, что перенесли белую горячку, в других, напротив, проявляют малую доступность и уклоняются от беседы о перенесенном состоянии.

Таким образом, останавливаясь на взаимоотношении шизофренического процесса и алкоголизма при гебоидной - шизофрении, протекающей с интенсивным злоупотреблением алкоголем, можно констатировать, что в период активного шизофренического процесса в рамках затяжного гебоидного приступа признаков хронического алкоголизма не развивается. Период неумеренного употребления алкоголя целиком определяется здесь временем приступа и обходится, когда он пройдет. При относительно вялом, непрерывном развитии гебоидной шизофрении правомерно говорить о возможности развития хронического алкоголизма. Но при этом основное заболевание — шизофрения не только является ведущим, но и резко видоизменяет картины хронического алкоголизма, его проявления и динамику, что, в частности, выражается в атипичии алкогольных психозов.

Глава V. Дифференциальный диагноз гебоидных состояний при юношеской малопрогредиентной шизофрении

Гебоидная шизофрения

Пантелеева Г.П.,
Цуцульковская М.Я.,
Беляев Б.С.

Проведенное исследование показало, что особенности клинических проявлений гебоидного синдрома при гебоидной шизофрении и характер течения заболевания в целом обнаруживают значительную атипичию по сравнению с основными формами течения шизофрении. На всем протяжении

заболевания у этих больных клиническая картина практически исчерпывается расстройствами, неспецифическими для шизофрении, представляющими собой видоизмененные до патологического уровня проявления психологических пубертатных свойств. Кроме того, динамика болезни в этих случаях тесно коррелирует с возрастными границами переходной фазы развития и не имеет тенденции к неуклонной прогрессивности. Все это ставит вопрос о необходимости дифференциации гебоидных состояний от проявлений так называемого пубертатного криза или динамики психопатических состояний, связанной с возрастом полового метаморфоза. При решении практических вопросов эти задачи представляются весьма актуальными, поскольку в целом проблема нарушения поведения, его дезорганизации в юношеском возрасте не ограничивается только клиническими рамками и представляет более широкую социальную проблему.

Как известно, многие исследователи обращали внимание на трудность разграничения пубертатных проявлений и симптомов шизофрении, поскольку картина ее включает в себе ряд особенностей, целиком связанных со своеобразием психических проявлений на данном отрезке развития [Сухарева Г. Е., 1930; Турубинер В. А., 1940; Пивоварова Г. П., Симеон Т. П., 1956; Цуцельковская М. Я., 1967; Пантелеева Г. П., 1971; Гурьева В. А., 1980; Kraepelin E., 1893; Pachantoni D., 1910; Liehen Th., 1924; Villinger W., 1952; Kotho B., 1967, и др.]. По мнению D. Pachantoni (1910), «никогда границы между здоровьем и болезнью не бывают так неотчетливы и стерты, а переходы так многообразны и расплывчаты, как при начале болезни в период полового созревания». В результате этого многие психиатры склоняются к тому, что лишь катамнез может решить нозологическую принадлежность психических расстройств в пубертатном возрасте, выступающих в виде гебоидного состояния [Hangen O., Taeger A., 1964; Masterson T., 1968; Nissen G., 1971], т. е. тем самым они отрицают существенные различия между психическими симптомами физиологической фазы развития и проявлениями шизофрении. Другие психиатры, напротив, пытаются установить прогностические критерии, касающиеся как особенностей самих пубертатных проявлений, так и их динамики. В частности, указывалось на то, что затяжной характер пубертатного поведения всегда подозрителен на шизофрению [Weiner H., 1958; Zeh W., 1959; Feldman M., 1967], тогда как в норме пубертатный криз характеризуется «коротким протеканием» [Выготский Л. С., 1972] и длится от 2 нед до 1—2 лет [Ковалевский П. И., 1905; Сухарева Г. Е., 1930, 1959; Kretschmer W., 1972]. Некоторые авторы вообще рассматривают тяжело протекающие кризы с «неспокойным юношеским развитием», изменчивостью профессиональной жизни, отсутствием служебного роста и т. д. как подозрительные на

шизофрению [Homburger A., 1926; Bonhoeffer K, 1947].

На основании сопоставления особенностей психопатологии гебоидного состояния и его динамики при гебоидофрении с особенностями психических проявлений пубертатного криза нами были установлены следующие дифференциально-диагностические критерии.

1. При шизофрении видоизмененные до патологического уровня психические симптомы пубертатного криза, составляющие основное содержание гебоидного синдрома, будучи сами по себе неспецифическими для этого заболевания, тем не менее несут на себе печать основной болезни. В структуре гебоидного состояния признаки кризисного периода выступают в видоизмененной форме, принимают оттенок карикатурности, нелепости, сопровождаются гротескно-вычурным поведением. При этом характерные для переходной фазы психические свойства здесь представлены неравномерно, с преобладанием однобокого развития какой-то одной из сторон проявлений пубертатного криза. Естественное для критического периода стремление к независимости и самостоятельности с одновременным осознанием своего места в обществе и критическим осмыслением окружающего у этих больных выступают в виде бессмысленной оппозиции ко всем явлениям жизни, которая определяет все стороны их поведения и доходит до степени лишенного смысла тотального негативизма.

2. В противоположность «бурности аффектов» и «чрезмерности эмоциональных реакций», мимолетной смены настроения и необыкновенной чувствительности к ситуации, характерных для эмоциональной жизни в период пубертатного криза, у пациентов с гебоидным состоянием выступает нивелировка аффективных проявлений, однообразный «плоский аффект» [Bumke O., 1934], «утрата духовного резонанса» [Strunk P., 1971] и внешне тупое равнодушие к происходящим вокруг событиям, отсутствие «откликаемости» на ситуацию, «утрата синтонного контакта» [Signorato U., 1962]. Эмоциональные реакции больных принимают сугубо извращенный характер, выступают в виде упорной антипатии к близким людям, сопровождаются немотивированной ненавистью к ним или же принимают характер неадекватной «тупой враждебности» [Наджаров Р. А., 1964]. В отличие от многообразия эмоциональной палитры, свойственного пубертатной фазе, в гебоидных состояниях при шизофрении поражает однообразие аффективного реагирования с крайней грубостью и брутальностью реакций и однотипность их выражения на протяжении ряда лет. Здесь обращает на себя внимание парадоксальное сочетание эмоциональной тупости, равнодушия с повышенной сентиментальностью и усиленной чувствительностью к второстепенным вещам (реакции по типу «дерева и стекла» по П. Б. Ганнушкину). Вместо лабильности

настроения, свойственной периоду полового созревания, при гебоидном состоянии смены настроения возникают вне связи с какими-либо внешними факторами, аутохтонно и носят фазовый полярный характер.

3. Свойственное периоду пубертатного криза «повышение жизни влечений» (Е. Крепелин) при шизофрении с гебоидным состоянием выступает в усиленном стремлении к бродяжничеству, кражам, сексуальной распущенности, пьянству и т.п. Однако влечения больных здесь не всегда обуславливаются интересами их в этом плане, часто бывают непонятны, совершаются без всякой цели, на что обращали внимание А. К. Пураева (1973), Ю. А. Скроцкий (1973). В ряде случаев эти влечения неодолимы, принимают вид перверзных влечений, что Г. Е. Сухарева считала характерным для гебоидного состояния при шизофрении.

4. При дифференциации с пубертатным кризом существенно также то, что вместо обращенности к внешнему миру, стремления к общению с коллективом и расширения контактов, характерных для юношеского возраста, при гебоидном состоянии наступают отчуждение от окружающих, заметное «ослабление связей с людьми», обеднение контактов, ограничение их узко избирательным кругом общений.

5. Деятельность больных с гебоидным состоянием не определяется свойственным «юношам, в период пубертатного криза расширением круга интересов со стремлением к познанию нового и одновременным углубленным изучением вещей, а сопровождается сужением области интересующих их предметов, односторонним сосредоточением на каком-либо одном занятии, обычно направленном против существующих авторитетов в семье, в обществе в целом, или же отражает стремление больных к противопоставлению себя окружающей среде. В противоположность разнообразию и быстрой смене интересов, наблюдаемых в период полового метаморфоза, у больных шизофренией с гебоидным состоянием занятия, несмотря на нередко сверхценный характер интересов, однообразны, в большинстве случаев носят резонерский характер, что при отсутствии четкой цели делает их особенно непонятными и бесплодными. В картине гебоидного синдрома нередко парадоксально сочетаются прямо противоположные и несовместимые интересы (например, стремление к разрешению абстрактных проблем моральных ценностей сопровождалось грубо циничным поведением с частыми алкогольными эксцессами, драками, сексуальной распущенностью).

6. Если в период пубертатного криза поведение больного в целом определяется растущей инициативой и тенденцией к созиданию, то при развитии гебоидного состояния на первый

план выступает пассивное подчинение, бесцельность поступков или же их полная обусловленность бессмысленными негативистическими установками больных.

7. Важным моментом, на который, с нашей точки зрения, следует обращать внимание при дифференциации гебоидного состояния и пубертатного криза, является особенность динамики клинических проявлений. Прежде всего существенным является эндогенный (или «спонтанный», по В. А. Гурьевой, 1971) характер возникновения всех расстройств, отсутствие какой-либо зависимости от внешних факторов, которую многие авторы считали характерной для развития пубертатного криза в норме [Сухарева Г. Е., 1959; Александрова А. А., 1973; Личко А. Е., 1973; Gayral L., 1972]. Вследствие этого поступки больных с гебоидным состоянием выглядят немотивированными, неадекватными внешней обстановке, а мотивы поведения непонятны для окружающих. Отсутствие влияния внешних моментов находит отражение и в абсолютной некорректируемости их поведения, безрезультатности применения к ним мер воспитательного порядка.

8. Важно учитывать и то, что в структуре гебоидного состояния психологические пубертатные свойства не только заостряются, но и динамически видоизменяются до уровня сверхценных образований, затем приобретают свойство влечений и в дальнейшем, все более утрачивая связь по внешним проявлениям с пубертатными признаками, развиваются до уровня стереотипии, импульсивных поступков, а в некоторых случаях сближаются по своим проявлениям с кататоническими и бредовыми расстройствами.

9. Динамика расстройств у больных при гебоидном состоянии носит затяжной характер, длится несколько лет (до 10), что также отличает это состояние от проявлений просто пубертатного криза. Больные при этом как бы «застревают» на уровне одной из фаз пубертатного развития (I, II или III стадии), в то время как проявления, свойственные остальным фазам, остаются стертыми и не определяются при гебоидном синдроме. В ряде случаев картина гебоидного состояния создает впечатление как бы регресса личности на более низкую ступень развития.

10. О принадлежности пубертатных расстройств к шизофреническому кругу заболеваний свидетельствуют наступающие постепенно и становящиеся особенно заметными по прошествии гебоидного состояния признаки изменения личности в виде утраты свойственных ей прежде широты интересов, нивелировки характерологических свойств и эмоциональных проявлений, потери прежней живости эмоций, появления покорности и пассивного подчинения условиям

жизни, т. е. все особенности личности, которые многими авторами при описании гебоидного состояния обозначаются, как «надлом», или «излом», личности [Leh W., 1959; Framer M., 1964], «процессуальный сдвиг с характерологической трансформацией» [Гурьева В. А., 1971] и рассматриваются как бесспорное доказательство шизофренической природы тяжело протекающего пубертатного криза..

11. Конечно, значительно облегчает дифференцированный диагноз наличие в структуре гебоидного состояния, помимо психопатоподобных и других продуктивных расстройств. Некоторые авторы вообще считают, что о шизофрении в случаях гебоидного состояния можно было с полней убежденностью судить лишь при наличии в картине болезни симптомов первого ранга по К. Шнайдеру [Личко А. Е., 1975; Feldman H., 1967; Strunk P., 1971]. Кроме того, значительно помогает в диагностике наличие характерных для шизофрении расстройств мышления, которые особенно контрастируют с относительно сохранными интеллектуальными возможностями больных. В отличие от ослабления концентрированности внимания и целенаправленности мышления у здоровых подростков в переходном возрасте, при гебоидном состоянии выступают аморфность мышления, невозможность выделить главное, явления «обрывов» мыслей в голове или «пустоты». По мнению многих авторов, часто только эти признаки являлись неоспоримым свидетельством шизофренической природы гебоидного состояния [Витебская К. С., 1958; Сухарева Г. Е., 1958; Homburger A., 1926; Cosack H., 1932; Strunk P., 1971, и др.].

Как будет указано в главе VI, благодаря катамнестическому изучению мы располагаем данными клинического и катамнестического наблюдения над пациентами, которые в возрасте 17—19 лет были стационарированы по поводу сходных с гебоидными состояний, но в дальнейшем их состояние нозологически было отнесено к психопатии. К моменту катамнестического обследования возраст больных был от 30 до 44 лет. Период выраженных психических проявлений пубертатного криза продолжался у них от 2 до 6 лет и заканчивался полным восстановлением допубертатных качеств личности.

Проведенное сопоставление показало, что приведенные выше критерии отграничения гебоидных состояний при шизофрении от проявлений пубертатного криза сохраняют свою значимость и при проведении дифференциального диагноза с динамикой психопатии в пубертатном возрасте. Однако здесь, помимо указанного, следует остановиться еще на ряде дополнительных соображений. Необходимость дифференциации с психопатией диктуется значительным сходством динамики психопатических личностей в период пубертатного криза и гебоидных состояний

при шизофрении. Сравнение всех параметров заболевания при шизофрении с гебоидными состояниями и при психопатии обнаружило значительные различия их уже с детского возраста. Допубертатный склад личности, хотя и характеризовался преобладанием шизоидных черт или признаков неустойчивости и чрезмерной активности, но все-таки по структуре своей был обычно достаточно мозаичным и сохранялся относительно постоянным, стабильным, не меняясь под влиянием внешних факторов. Несмотря на признаки раннего дизонтогенеза, у некоторых из больных развитие до пубертатного возраста протекало без каких-либо заметных срывов. В то время как по данным В. А. Гурьевой (1971), изучавшей клинικο-катамнестическим методом психопатии в подростковом и юношеском возрасте, становление психопатии начинается еще задолго до пубертатного периода. Проявления ее динамики относились уже к периоду детства, к 2—5 годам при так называемой «ядерной» психопатии и к 6—13 годам при «краевой» [Кербиков О. В., 1963], и отражали различные формы аффективных «реакций» на внешние воздействия (психогенные факторы). Аналогичные данные приводит В. В. Ковалев (1969, 1980).

Далее, при психопатии в период пубертатного возраста, по данным указанных выше авторов, усиление и усложнение психопатических проявлений, появление «мозаичности» их черт, отражающих динамику психопатии, находятся в тесной зависимости от различных психогенных факторов. У больных шизофренией развитие гебоидного состояния происходило аутохтонно, вне связи с психогенными или другими внешними влияниями. Кроме того, в период развития гебоидного состояния ведущее значение приобретает не усиление свойственных больным и до этого шизоидных особенностей, хотя и оно имело место, а возникновение и резкое заострение признаков эмоциональной извращенности, одержимости и импульсивности в поступках и выраженной диссоциации между отдельными психопатоподобными чертами. При динамике же шизоидной психопатии у подростков [Гурьева В. А., 1971; Tolle R., 1969] период «мозаичности» проявлений выражен незначительно, а на первый план выступали стойкие невротические реакции с фобической симптоматикой и дистимически-дисфорическими расстройствами настроения под влиянием внешних условий. То обстоятельство, что при гебоидофрении различные по типу преморбида больные давали в пубертатном возрасте сходные по клинической картине психопатоподобные (гебоидные) состояния, также свидетельствовало против оценки наших наблюдений в рамках динамики психопатии, поскольку каждому виду психопатии свойственна определенная, характерная для нее динамика проявлений. Помимо того, выраженное нарушение поведения с явной дезадаптацией больных в период гебоидного состояния, возникающее вне связи с влияниями среды, носит

более глубокий, чем декомпенсации, характер. Расстройство «социальной приспособляемости, акклиматизации к среде» [Эдельштейн А. О., 1948] у больных с гебоидным состоянием сопровождается более длительной утратой трудоспособности. Об эндогенной обусловленности динамики гебоидного состояния свидетельствует и аутохтонное возникновение аффективных фазовых расстройств, носящих биполярный характер и в некоторых случаях растянутых на много лет. В них не обнаруживается звучания ситуации, на что обращал внимание также А. К. Ануфриев (1966). Последующая за критическим возрастом динамика заболевания при шизофрении с гебоидным синдромом также является иной, чем при психопатии. По данным В. А. Гурьевой (1971), к концу пубертатного возраста и началу вступления в самостоятельную жизнь психопатические особенности юношей упрочиваются и вырабатывается «преимущественный тип личностного реагирования», а в дальнейшем наблюдается даже усиление психопатических проявлений (в 59—63 %). В. Я. Гиндикин (1967) на основании катamnестических данных также указывает, что выход в самостоятельную жизнь способствует выявлению психопатий. Он установил, что средний возраст декомпенсации психопатов равен 25,7 годам и больше. Сходные данные приводят Н. К. Шубина (1963), Т. А. Невзорова, Р. Ф. Коканбаева (1963). Г. Е. Сухарева (1972) подчеркивала, что дисгармония личности мешает психопатам приспособляться к требованиям окружающей среды.

При гебоидофрении к концу пубертатного периода, несмотря на выход в самостоятельную жизнь со всеми ее трудностями, у больных отмечается основная тенденция на компенсацию гебоидного состояния или значительное сглаживание его проявлений. Она связана не с микросоциальными условиями, обуславливающими динамику психопатических личностей, а с биологической сущностью процесса, внутренними условиями его движения, которые и оказывают влияние на социальную адаптацию больных. Как полная социальная трудовая адаптация больных при пубертатных гебоидных приступах, так и постепенное ее снижение при вялотекущей гебоидофрении происходят независимо от одинаковых в общем внешних условий в обеих группах наблюдений, а связаны с разными тенденциями заболевания и тесно соотносятся с возрастом больных.

Если для динамики психопатии, по данным катamnестических исследований, для случаев с длительными декомпенсациями характерны некоторые последующие изменения личности в виде психической хрупкости, легкой готовности к декомпенсации, снижения умственной продуктивности с сужением интересов и общей астенизации, не говоря уже о частоте развития личности при этом [Введенский И. Н., 1926; Фелинская Н. И., 1968; Шостакович Б. В., 1971, и др.], то у больных с гебоидофренией,

по нашим наблюдениям, обнаруживаются качественно иного характера изменения личности по прошествии юношеского возраста. На первый план здесь выступает характерная для шизофрении «нивелировка наиболее индивидуальных черт личности» [Снежневский А. В., 1963], задержка психического развития, «надлом» в развитии личности, который многие психиатры считают типичным для шизофрении [Tramer M., 1964; Langfeld G., 1969] и ссылаются на него при отграничении ее от психопатии. В личностном складе больных с гебоидным состоянием происходило смещение акцентов в сторону усиления негативных свойств. Все это позволяет считать, что сам факт наличия компенсации психопатического (психопатоподобного) состояния не может служить признаком только психопатии, как это считали Л. С. Юсевич (1947), Н. Feldman (1967), Т. Bilikiewicz (1969), а при установлении диагноза всегда важно учитывать, как обходятся эти состояния и какие качественные изменения оставляют после себя.

Крайне важное значение имеет и тот факт, что по выходе из гебоидного состояния и по мере сглаживания его проявлений наблюдаемые нами больные переставали быть сходными с психопатами в их классическом определении К. Шнайдером и П. Б. Ганнушкиным и в том, что уже не обнаруживали той неустойчивости и возбудимости, которые внешне характеризовали их поведение в период развернутого гебоидного состояния и делали их похожими на психопатов. Напротив, они проявляли «стоимость» к внешним воздействиям.

Помимо указанного, следует специально остановиться на вопросе отграничения юношеской гебоидной шизофрении с массивным злоупотреблением алкоголем от хронического алкоголизма у юношей. Как было указано в главе IV, многие исследователи, под наблюдением которых оказывались подростки и юноши, злоупотребляющие алкоголем, отмечали, что хронический алкоголизм, развивающийся в юношеском возрасте, атипичен по своим проявлениям по сравнению с алкоголизмом у лиц зрелого возраста. Хронический алкоголизм у юношей отличается от классического его описания при развитии в зрелом возрасте, во-первых, темпом своего формирования. Стадии заболевания, развиваясь в той же последовательности, здесь нередко значительно короче. Во-вторых, злоупотребление алкоголем почти с самого начала употребления спиртных напитков носит у этих больных характер бытового пьянства. В-третьих, особенностью этих пациентов является относительно слабая выраженность в структуре абстинентного синдрома соматовегетативных компонентов и доминирование в его картине психических нарушений. В-четвертых, по сравнению с картиной хронического алкоголизма, у взрослых здесь имеет место более раннее появление и выраженность признаков нарушения социально-трудовой

адаптации. При этом изменения личности у данных больных выражаются больше в психопатизации, которая скорее всего может быть обозначена как эксплозивный тип заострения черт личности, чем в интеллектуальном снижении. Мнестических нарушений, которые сопровождают алкогольную деградацию личности при хроническом алкоголизме взрослых, здесь не отмечается.

С учетом описанных выше особенностей хронического алкоголизма у юношей становятся очевидными трудности проблемы дифференциального диагноза. Тем не менее здесь достаточно четко прослеживается ряд основных положений, по которым возможно провести это отграничение. Самым существенным является время проявления психопатоподобных расстройств, формирование которых при гебоидофрении происходит значительно раньше появления признаков алкоголизма. Выраженная социально-трудовая дезадаптация у этих больных также предшествует началу злоупотреблением алкоголем. При гебоидной шизофрении с неумеренным злоупотреблением алкоголем, протекающей в виде затяжного приступа, клинические проявления хронического алкоголизма в целом отсутствуют, а встречающиеся в единичных случаях отдельные симптомы представлены рудиментарно, непостоянно и не сочетаются друг с другом. Экзогенного (алкогольного) характера психотические эпизоды здесь не характерны. Картина дефекта личности представлена негативными шизофреническими изменениями. При непрерывном течении гебоидофрении со злоупотреблением алкоголем, хотя и имеются признаки хронического алкоголизма, но представлены они в видоизмененном виде. Отсутствует четкое разграничение отдельных стадий хронического алкоголизма. Преобладают его соматоневрологические признаки, а психические признаки выражены крайне рудиментарно. Картина дефекта личности представлена негативными шизофреническими изменениями, а не изменениями личности с картиной эксплозивной психопатии, что свойственно злокачественному алкоголизму у юношей. Не отмечается алкогольного юмора с цинизмом и плоскими шутками. На первый план выступают признаки психической незрелости, аутизм, извращенный характер эмоциональных реакций, нарушения мышления. Для дифференциального диагноза имеют значение также особенности алкогольных психозов, которые могут наблюдаться у этих больных. Хотя сами по себе алкогольные психозы при гебоидофрении многим напоминают обычные алкогольные психозы больных, не страдающих шизофренией, однако им свойственны атипичные черты: сравнительно раннее возникновение, редкость и редуцированность расстройств сознания, преобладание параноидов и галлюцинозов над делириями, наличие эндоформной психотической симптоматики (элементы синдрома Кандинского — Клерамбо, псевдогаллюциноза, фантастическое

содержание бредовых идей и галлюцинаций и др.), малая доступность больных, формальная критика по выходе из психоза.

На все указанные признаки важно обращать внимание, так как при недостаточно целенаправленном знакомстве с анамнезом больного, в результате того что в этих случаях нередко на первый план в истории заболевания выступают данные о злоупотреблении алкоголем и различные связанные с ним алкогольного генеза расстройства, оценка может быть ошибочна. Без тщательно собранного анамнеза и внимательного исследования статуса больного бывает трудно поставить правильный диагноз и сделать адекватный выбор социальных и лечебных мероприятий.

Глава VI. Клинико-катамнестическое изучение юношеской шизофрении, дебютирующей гебоидными расстройствами

Гебоидная шизофрения

Пантелеева Г.П.,
Цуцульковская М.Я.,
Беляев Б.С.

При исследовании клинических аспектов проблемы шизофрении, вопросов равней диагностики, определения значения ряда патогенетических факторов, клинического и социального прогноза в последние годы все большее место уделяется использованию клинико-катамнестического метода, как наиболее адекватного для их решения. Однако трудности, стоящие на пути использования катамнестического метода, во многом ограничивают возможности его применения, а также приводят к тому, что нередко результаты работ, проведенных на его основе, не всегда оказываются информативными. Как показывает опыт ряда исследователей и наш собственный, для плодотворного использования клинико-катамнестического метода требуется ряд непреложных и нередко трудно осуществимых условий. Прежде всего для этого необходимо наличие детального клинического описания при первичном обследовании случаев, отобранных для катамнестической проверки, так как ретроспективное восстановление раннего периода болезни, спустя большой отрезок времени, как правило, мало надежно. Во-вторых, необходимы четкие, однозначные критерии отбора материала как по клиническим, так и по ряду возрастных и временных параметров, исключающие, таким образом, его разноплановость и делающие возможным его сопоставление. В-третьих, такого рода исследование приобретает свою надежность лишь, если материал достаточно репрезентирован, а для этого требуется как его достаточный количественный объем, так и широкий клинический диапазон с представленностью всего основного ряда начальных состояний, подлежащих катамнестическому изучению на данном материале.

На этих принципах был выполнен ряд зарубежных и отечественных исследований [Штернберг Э. Я. и др., 1981; Kleist K., Faust E., Schurman Cl., 1960; Holmboe K., Astrup C., 1957; Bleuler M., 1972; Gross L., Huber G., Hinterhuber H., 1973], а также настоящая работа, начатая в Институте психиатрии АМН СССР в 1972—1976 гг. и продолжающаяся в настоящее время.

Материалом нашего катamnестического исследования является группа больных шизофренией. Впервые в юношеском возрасте они поступили в клинику Института психиатрии АМН СССР в 1962—1966 гг. (т. е. длительность катamnеза более 15 лет) с широким диапазоном психопатологических расстройств от астенических, неврозо- и психопатоподобных и аффективных до паранойяльных, галлюцинаторно-параноидных, галлюцинаторно-парафренических, а также более сложных полиморфных кататоно-галлюцинаторно-параноидных и кататоно-онейроидных состояний. Всего в катamnестическую группу первоначально были включены 830 больных. Отсеялось по разным Причинам 79 больных. Обследован клинико-катamnестически 751 больной. Репрезентативность данного материала обеспечивали его достаточный объем, значительная общность условий развития болезни во всех обследованных случаях (один и тот же возрастной период начала заболевания, сходство сроков длительности последнего, а также практически равные для всех больных возможности активной терапии), обусловленная критериями отбора больных, а также сплошной, а не выборочный его характер — катamnестическим изучением был охвачен весь контингент больных юношеской шизофренией, поступивших в клинику Института в определенный отрезок времени (1962—1966). Как показало сопоставление, соотношение форм течения шизофрении у изучаемого контингента больных, установленных при катamnестическом обследовании, оказалось близким к этим показателям при юношеской шизофрении, полученный эпидемиологическим отделом Института психиатрии АМН СССР.

На основании катamnестического исследования нами установлено, что из всех обследованных в юношеском возрасте и катamnестически у 725 больных (96,5 %) первая диагностическая нозологическая оценка — шизофрения, поставленная в условиях стационара, была правомерной. Однако у 26 больных (3,5 %) была выявлена ошибка в диагностике шизофрении за счет оценки в качестве процессуальной симптоматики проявлений патологически протекающих пубертатных кризов у психопатов шизоидного круга (21) и циклотимии юношеского возраста (5). Клинический анализ показал, что в этих случаях речь шла о начальном развитии болезни в юношеском возрасте, картины которого сходны с проявлениями утрированно протекающего пубертатного криза, т. е. с доминированием сверхценных расстройств типа

«метафизической интоксикации»; невротического круга проявлений с преобладанием астенической, психастеноподобной симптоматики, сверхценной дисморфофобии и атипичных аффективных расстройств; а также проявлений, сходных с гебоидными расстройствами. В указанных случаях дифференциальная диагностика представляется особо актуальной, так как коренным образом меняет социальную и прогностическую оценку пациента юношеского возраста. О критериях ее проведения указывалось в главе V.

Среди 725 больных, составляющих катамнестическую группу, у 172 больных (23,7 %) инициальный период заболевания протекал с доминированием гебоидных расстройств. Из них у 104 больных и в дальнейшем проявления заболевания оставались преимущественно в рамках гебоидных расстройств, т. е. в форме гебоидофрении. У других 68 больных вслед за гебоидным инициальным этапом наступил манифестный период заболевания в форме приступообразной (22), злокачественной (19) и параноидной (27) шизофрении. Большинство больных были первично стационарованы уже на манифестном этапе заболевания. Следует указать, что среди 116 больных с гебоидными дебютами заболевания, которых стационаровали впервые в период гебоидных расстройств и у которых форма заболевания была определена при первичном стационарном обследовании как юношеская вялотекущая гебоидная шизофрения, у 104 больных и в отдаленный катамнестический период течение заболевания оставалось в рамках этой формы. Только у 12 из 116 больных, как показал катамнез, при первичном стационарном обследовании форма шизофрении была определена неправильно, так как состояние у 6 больных в тот период было не проявлением вялотекущего процесса, а инициальным периодом юношеской параноидной формы, у 4 — юношеской приступообразной формы и у 2 — юношеской злокачественной формы.

Рассматривая на основе клинического и клинико-катамнестического анализа вопрос о сходстве и различии гебоидных расстройств при юношеской вялотекущей гебоидной шизофрении (гебоидофрении) и при гебоидных дебютах других форм юношеской шизофрении, мы пришли к следующему выводу. Несмотря на формальное совпадение начального синдрома при гебоидных дебютах юношеской приступообразной, параноидной, злокачественной форм (во всех случаях речь идет о начале заболевания с гебоидного синдрома), можно говорить с уверенностью о несомненной неоднородности его картин при этих разных формах юношеской шизофрении, о наличии типологических различий в его структуре и динамике. Остановимся на этих данных.

***Особенности клиники и динамики
гебоидных состояний в дебюте***

**Гебоидная
шизофрения**

**юношеской злокачественной
шизофрении**

Пантелеева Г.П.,
Цуцульковская М.Я.,
Беляев Б.С.

Как показало изучение, у 19 больных при юношеской злокачественной форме с гебоидным дебютом еще до появления первых симптомов гебоидных расстройств обнаруживались отчетливые признаки негативных изменений личности с доминированием снижения психической продуктивности, трудностей осмысления учебного материала, расстройств мышления в виде недостаточной последовательности, хаотичности мыслей, обеднением и опустошением эмоциональной жизни, появлением отчуждения и безразличия к окружающим, утратой реальных интересов.

У этих больных, как установил В. Н. Элиава (1982), специально изучавший данную проблему, при ретроспективном восстановлении, со слов родных, начального периода заболевания оказалось, что к первым симптомам его относилось необъяснимое для окружающих катастрофически нарастающее снижение успеваемости, затруднение в учебе и признаки снижения психической активности, ослабление эмоциональных привязанностей. Появлялись нарушения мышления в виде расплывчатости, соскальзывания мыслей, отсутствия их целенаправленности и одновременно склонность к рассуждению. Это становилось заметным по особенностям ответов больных, а также их школьных сочинений и других письменных работ. Сами больные в этот период при расспросах иногда говорили о трудностях, возникающих при умственной работе из-за рассеивания, перерывов и обрывов мыслей, но чаще это замечали лишь-окружающие и особенно учителя при ответах на уроках.

Кроме описанного выше, у больных отмечались отчетливое сужение и ослабление реальных интересов, а в дальнейшем остановка психического развития. Больные читали книги для младшего возраста, предпочитали игры во дворе с подростками значительно моложе себя и с ними скорее находили общий язык, чем со сверстниками. Таким образом, проявлялись грубая и выраженная задержка психического развития, признаки психического инфантилизма. Описанные глубокие негативные изменения, квалифицированные нами как «симплекс-синдром», или «редукция энергетического потенциала», отмечались у 10 больных, у 9 других больных степень этих изменений на гебоидном этапе болезни соответствовала психопатоподобному уровню.

Гебоидные расстройства у этих больных в одних случаях (15 больных) развивались спустя определенный срок после периода изменений личности, в других (4 больных) — одновременно с ними. Развивающийся на этом негативном фоне гебоидный синдром у большинства имел картину дефектно-

гебоидного состояния и реже редуцированно-гебоидного. Здесь по сути отсутствовали или были весьма атипичными основные симптомы гебоидного состояния, свойственные юношеской малопрогрессирующей шизофрении — признаки видоизмененных до патологического уровня проявлений пубертатного криза.

Вследствие раннего и достаточно глубокого нарушения личности, ее эмоционального и энергетического снижения пубертатная симптоматика гебоидной картины была представлена преимущественно негативной частью проявлений пубертатного криза: грубым психопатоподобным поведением с конфликтностью, взрывчатостью, немотивированным упрямством и злобностью, фактически не отмечалось «позитивных» сторон пубертатного криза — роста интеллектуального богатства, расширения и видоизменения кругозора и интересов, симптомов метафизической интоксикации со сверхценным отношением к своим занятиям в этой области и попытками создания своего мировоззрения. Несмотря на систематическое злоупотребление алкоголем у 8 больных, здесь только у 2 больных было отмечено формирование клинического течения хронического алкоголизма. И только у одного больного был экзогенный психотический эпизод — острый паранойд, сходный по своим проявлениям с описанным С. А. Извольским (1982) на материале юношеской малопрогрессирующей гебоидной шизофрении. Злоупотребление наркотиками имело место лишь у одного больного и не сопровождалось признаками наркомании.

Важно подчеркнуть, что у большинства изученных больных на определенном этапе гебоидного периода удавалось выявить наряду с описанным и другие рудиментарные позитивные расстройства, имеющие здесь в отличие от транзиторных эндоформных психозов при гебоидофрении не только более стойкий характер, но и иную картину. Если при гебоидофрении, как это было описано С. А. Извольским (1982), психотические включения, как правило, ограничивались аутохтонными аффективными фазами, эпизодами тревоги, ментизма, состояниями экзальтации и экстатических переживаний, острых дереализационных эпизодов, элементов чувственных переживаний, инсценировки и острого образного бреда, здесь выявились иного характера продуктивные расстройства. К ним относились фрагментарные, но стойкие бредовые идеи ипохондрического и дисморфофобического содержания, а также идеи отношения, преследования, чаще со стороны лиц из ближайшего окружения, сопровождавшиеся эпизодическими окликами, отрывочными вербальными галлюцинациями или мимолетным ощущением гипнотического воздействия со стороны. Почти у всех больных, кроме этого, на фоне гебоидных расстройств отмечались своеобразные изменения моторной деятельности. У них постепенно как бы исчезали адекватность и

гармоничность мимики, моторики, изменялись манера говорить, интонации, походка. Весь их облик терял свои характерные, индивидуальные черты. Мимика становилась маловыразительной, однообразной или утрированно выразительной, неадекватной. Интонации и жесты утрачивали свою согласованность с содержанием речи, ситуацией. У некоторых больных менялся почерк, становился небрежным, размашистым, походка нередко обращала внимание своей странностью, приобретала характер «штампованного шага», «хождения на ходулях» и др. Некоторые больные как бы кратковременно «застывали», у них возникал неожиданный смех, однообразные покачивания, вычурные мимические движения или склонность к стереотипному постукиванию ногой или рукой, поплеыванию, подбрасыванию мелких предметов. Так, незаметно, еще до наступления отчетливых признаков манифестного психоза, у этих больных начинали проявляться расстройства, относящиеся к рудиментарным кататоническим и приводящие к диссоциации в двигательной сфере больных. Частота и постоянство этих стертых расстройств позволяет говорить о наличии на гебоидном этапе заболевания при юношеской злокачественной шизофрении как бы кататонического фона.

Остановимся подробнее на описании этих продуктивных симптомов. У 13 из 19 больных за 1—3 года, реже за 4—6 лет до манифестации психоза на фоне сохраняющихся гебоидных расстройств и нарастающих изменений личности начинали выступать с разной степенью постоянства и выраженности следующие фрагментарные расстройства: дисморфобический и сенестопохондрический бред (2 больных), бредовые идеи отношения и иного происхождения (2 больных), преследования (3 больных), рудиментарные вербальные галлюцинации и идеи воздействия (1 больной), отчетливые рудиментарные кататонические симптомы (4 больных). Указанные включения составляли как бы второй период инициального этапа болезни, длительность которого была невелика: у 11 больных он продолжался от 1 года до 3 лет и у 2 больных 4—6 лет. Все эти расстройства носили весьма отрывочный характер, отличались абсурдностью содержания, отсутствием их логической разработки и даже попытки больных к их последовательному осмыслению, слабой выраженностью их аффективной окраски. Больные, как правило, не делились своими переживаниями с окружающими и о наличии бредовых идей близкие узнавали случайно по отрывочным их фразам или лишь тогда, когда поведение принимало особенно необычный характер: больные отказывались от еды дома и при этом ели в столовых или же на ночь баррикадировали свою кровать, или же, для маскировки своих физических недостатков, надевали особую одежду, делали особые прически, или же съедали чрезвычайно много какого-то вида продукта или лекарства. У ряда больных, кроме того,

задолго до манифестации заболевания, также только на основании косвенных признаков, удавалось выявить эпизодические оклики, отрывочные вербальные галлюцинации или мимолетные ощущения гипнотического или другого вида воздействия.

Указанные особые моторные изменения, рудиментарная, стертая кататоническая симптоматика составляла одну из специфических особенностей гебоидных расстройств на инициальном этапе юношеской злокачественной шизофрении.

**Особенности клиники и динамики
гебоидных состояний в дебюте
юношеской параноидной
шизофрении**

**Гебоидная
шизофрения**

Пантелеева Г.П.,
Цуцульковская М.Я.,
Беляев Б.С.

В отличие от описанного выше у 27 больных юношеской параноидной шизофренией с гебоидным инициальным этапом картина гебоидного синдрома была более сходной с ее проявлениями при юношеской малопрогрессирующей гебоидной шизофрении. В связи с этим более трудно выделить специфические, отличительные признаки. Как показал анализ, здесь картина была весьма близка к проявлениям гебоидного синдрома при том варианте юношеской малопрогрессирующей гебоидной шизофрении, где болезнь не завершается по достижении зрелости, а характеризуется непрерывным вялым течением.

У данной группы больных, так же как при вялотекущем варианте гебоидофрении, гебоидное состояние возникло на фоне заметного дефекта в эмоциональной и волевой сфере. Негативные изменения здесь и в дальнейшем были несколько менее выражены, чем при злокачественной форме. Изучение показало, что для юношеской параноидной шизофрении наиболее свойствен редуцированно-гебоидный (19 больных) и менее характерен дефектно-гебоидный (5) типы гебоидного синдрома и очень редки «чисто» гебоидный (2) и аффективно-гебоидный (1) его варианты. Картина гебоидного состояния на протяжении длительного времени здесь сохраняет относительно стационарный характер, не отмечается нарастания или заметного усложнения гебоидных расстройств. Признаки течения заболевания крайне стерты, социальная адаптация снижается постепенно.

Как установил В. Н. Элиава (1982), гебоидные расстройства здесь выявлялись рано и чаще всего с началом пубертатного периода. Начало болезни характеризуется появлением и усилением замкнутости, отчуждением от близких, на фоне этих признаков выступают заметное стремление быть независимым, пренебрежение к повседневным занятиям, грубость, высокомерие в отношениях с окружающими. Дальнейшее

усложнение гебоидных расстройств происходит, как правило, неравномерно. В одних случаях доминирующими становятся капризность, недовольство, конфликтность, оторванность от реальных интересов, тяга к праздному времяпрепровождению, к антисоциальной среде, к аферам, кражам, в других — развязывание влечений со злоупотреблением алкоголем, наркотиками, сексуальная распущенность. Отходя от практически полезных дел, многие были склонны к непродуктивным занятиям искусством, архитектурой, чтением философских книг, но интересовались этим лишь поверхностно и без реального осмысления. Появлялась склонность к рисовке, позерству, экстравагантность. Здесь также имели место аутохтонные колебания настроения в виде очень стертых аффективных фаз (гипомании и адинамические депрессии). Они носили затяжной характер и обычно значительно углубляли психопатоподобное поведение больных.

Систематически злоупотребляли алкоголем 18 из 27 больных, причем у 6 из них имелись признаки хронического алкоголизма. Из 7 больных, злоупотребляющих наркотиками, у одного были признаки наркомании. У изученных больных, несмотря на наличие дополнительных вредностей (тюремное заключение, соматические заболевания, интоксикационные влияния), как правило, не наблюдалось транзиторных делириозных эпизодов или кратковременных бредовых вспышек по типу ситуационного параноида, описанных С. А. Извольским (1982) при малопрогредиентной гебоидной шизофрении. Только в одном случае здесь имел место эпизод алкогольного галлюциноза. По ряду других признаков эти больные также отличались от больных гебоидофренией. Во-первых, при детальном анализе обращала на себя внимание рано выявляющаяся их особая настороженность, мнительность и повышенная уязвимость по отношению к окружающим. У них появлялось мнение, что учителя, соученики, близкие относятся к ним неспроста, стараются «задеть», ущемить их интересы, выставить в неблагоприятном свете, посмеяться над их недостатками, физическими и личностными. У некоторых возникали мысли о возможности наличия у них конкретной соматической болезни, которую замечают окружающие и скрывают от них, о своих физических дефектах, заметных и неприятных для окружающих. Таким образом, в отличие от малопрогредиентной гебоидной шизофрении здесь в структуру гебоидного синдрома постепенно вплетались расстройства бредового регистра. В тех случаях, где гебоидные расстройства сочетались со злоупотреблением алкоголем эти бредовые проявления были нередко трудно отличимы от сенситивного характера параноидных включений, возникающих в состоянии похмелья у больных алкоголизмом.

Следует отметить, что указания на такого рода случаи /давно имелись в литературе. J. Prichard (1835), выделивший так

называемое моральное помешательство, впервые подробно описал среди этих больных лиц, называемых нравственно помешанными, у которых заболевание, начавшись в юношеском возрасте со стремлений к бродяжничеству, кражам, поджогам, с склонности к чрезмерному пьянству, желания кутить, заканчивалось слабоумием с исходом в галлюцинаторно-бредовый психоз. С. А. Суханов (1905), В. Штромайер (1913), О. Diem (1903), С. Pascal (1911) также писали, что начальная фаза юношеского помешательства, проявляющаяся алкоголизмом, наряду с другими психопатоподобными расстройствами в дальнейшем нередко завершается выраженным слабоумием с хроническим галлюцинаторно-бредовым психозом.

Наиболее четко о больших трудностях клинической дифференциации между ранним слабоумием и алкогольного генеза психическими расстройствами у некоторых молодых пациентов писал К. Graeter (1909). Автор, изучивший эти случаи в приюте для больных алкоголизмом, убедился, что среди этих лишь «кажущихся» пьяниц встречаются различные психические больные и, в частности, молодые чудаковатые личности с неправильным поведением, у которых пьянство является не причиной, а следствием психического расстройства. Проследив этих больных катamnестически, у части из них обнаружено в дальнейшем развитие хронического бредового психоза. Обсуждая проблему дифференциального разграничения заболевания у этих больных на первых этапах в юности между алкоголизмом и психопатоподобными расстройствами в рамках раннего слабоумия, автор большее значение придавал следующему ряду частных признаков: особой раздражительности больных, их неадекватной ярости, замкнутости, «намекам» на преследование, несистематизированным идеям отравления, стереотипности речи и движений, застывшему взгляду. Манифестный бредовый психоз, развивавшийся на фоне вялотекущих психопатоподобных гебоидных расстройств с алкоголизмом, как указывает автор, нередко был трудно отличим от острого алкогольного галлюциноза или тюремного бредового психоза, хотя в последующем, становясь хроническим галлюцинаторно-бредовым психозом, он приобретал характерные эндогенные признаки.

Близкую к изученным нами больным с гебоидными дебютами при юношеской параноидной шизофрении группу наблюдений описала И. В. Павлова (1961), занимавшаяся проблемой соотношения шизофрении и хронического алкоголизма. Здесь так же, как у изученных нами больных, злоупотребление алкоголем, начавшееся в юности, фактически имело место в рамках постепенно развивающегося шизофренического процесса с нарушениями психопатоподобного характера. Хотя

автор говорит в этих случаях о дальнейшем течении заболевания в рамках приступообразной шизофрении, но судя по ее описанию, здесь речь идет о параноидной форме с тенденцией к течению, близкому к шубообразному лишь в начале психотического этапа болезни. J. Guyotat, J. P. Losson (1968) среди разновидностей дебюта параноидной шизофрении также описали близкую картину. В этих случаях заболевание возникало у молодых людей, внезапно становящихся в оппозицию к семье и обществу, которых внешне можно было расценить как извращенных психопатов. А. Е. Личко (1975) на основании изучения 24 случаев гебоидной картины дебюта шизофрении также отмечал, что появляющиеся у этих больных наряду с характерными нарушениями поведения высказывания с обвинениями родителей в «лишении их воли», окружающих в «деспотическом режиме» и «моральном угнетении» таят в себе нередко зачатки будущего бреда, т. е., видимо, могут рассматриваться как намек на идеи отношения, преследования, воздействия.

В изученных нами случаях возникающие на фоне гебоидных расстройств бредовые идеи носили чаще фрагментарный, малосистематизированный характер. Содержание их было разнообразным: ипохондрический и дисморфофобический бред, любовный бред, бред отношения, преследования, отравления и иного происхождения. Причем бредовые идеи персекуторного характера чаще всего касались ближайшего окружения больных и даже родителей. Здесь нередко постепенно к свойственным гебоидному состоянию выраженной оппозиции, конфликтности и даже избирательной антипатии к родным присоединялись недоверчивость, подозрительность, непостоянные идеи отношения, отрывочные идеи отравления или воздействия, мысли о том, что родители неродные. В этих случаях сверхценные дисморфофобические идеи, свойственные пубертатным проявлениям, незаметно усложнялись симптомами бредовой дисморфофобии, бредовыми ипохондрическими идеями, сочетавшимися с сенестопатиями. При наличии гебоидного фона, на котором эти расстройства развивались, их обычно было очень трудно распознать. Раздражительность, неуживчивость, обидчивость, избирательность в еде и одежде этих больных, неожиданные смены настроения, нарастающая угрюмость, негативность, избирательная антипатия, злобность и агрессия к кому-то из близких расценивались как проявления психопатоподобного круга. Лишь отдельные, случайные факты делали возможным выяснение, что в основе этих проявлений лежат элементы бредового поведения. Обычно больные были малодоступны и только в периоды стертых кратковременных обострений на инициальном этапе заболевания, иногда спонтанных, иногда внешне спровоцированных, у них становились более явными бредовые расстройства, более

заметными подозрительность, аффект страха, напряженность.

На основании последовательного анализа описанных бредовых включений, которые прослеживались на инициальном этапе в картине гебоидных расстройств при юношеской параноидной шизофрении, у большей части этих больных можно было говорить как бы о наличии двух периодов инициального этапа — одного «чисто» гебоидного и второго гебоидно-бредового, предшествующих развитию манифестного этапа болезни. Как оказалось, такая двухпериодная структура гебоидного инициального этапа имела место у 19 из 27 больных. Среди этих расстройств преобладали бредовая дисморфофобия и ипохондрия (7 больных), любовный бред (4 больных), бредовые идеи отравления (4 больных), несколько реже встречались бредовые идеи отношения и идеи иного происхождения (3 больных), бред преследования (3 больных), рудиментарные идеи воздействия (3 больных) и вербальные галлюцинации (3 больных). Как правило, длительность второго периода гебоидного этапа болезни при юношеской параноидной шизофрении была невелика: у 13 больных — от 1 года до 3 лет, у 4 больных — 4—6 лет и лишь у 2 больных — 7—9 лет.

***Особенности клинической картины
и динамики гебоидных состояний в
дебюте юношеской
приступообразной шизофрении***

**Гебоидная
шизофрения**

Пантелеева Г.П.,
Цуцульковская М.Я.,
Беляев Б.С.

Исследователями, занимавшимися изучением инициальных расстройств при юношеской шизофрении, сходных с пубертатными проявлениями [Наджаров Р. А., 1964; Цуцульковская М. Я., 1967; Т. А. Дружинина, 1970; Пантелеева Г. П., 1973; Guyotat G., Losson J. P., 1968, и др.], указывалась возможность как сохранения этих синдромов в качестве доминирующих в дальнейшем течении заболевания, развивающегося в этих случаях в рамках вялотекущих (малопрогрессирующих) форм, так и усложнения клинической картины и перехода заболевания на манифестный психотический этап. В последних случаях может иметь место приступообразное развитие психоза. По данным В. А. Михайловой (1977), частота гебоидных дебютов при юношеской приступообразной шизофрении составляет 8,9 % (у 22 из 248 больных). Для определения особенностей гебоидного синдрома в инициальном этапе юношеской приступообразной шизофрении и отличий от его проявлений в рамках гебоидофрении мы провели изучение этих 22 больных.

Изучение показало, что картина гебоидного синдрома в инициальном этапе юношеской приступообразной шизофрении была весьма близка к его проявлениям при гебоидной шизофрении. Однако детальный анализ показал наличие в этих случаях и существенных отличий. В большинстве случаев

гебоидный синдром у данных больных отличался от варианта этого синдрома, наблюдаемого при гебоидофрении, наличием признаков циркулярности. Аффективные расстройства, как было показано, встречаются и при гебоидном синдроме в рамках вялотекущей шизофрении, но там они бывают весьма стертыми и атипичными, а здесь они выступали в большинстве случаев как одна из кардинальных особенностей состояния, отличались значительной амплитудой и в большинстве случаев имели витальную окраску. Аффективные расстройства проявлялись как в виде гипоманий, так и субдепрессий. У 7 больных они имели тенденцию к течению их по типу «continua».

У данных больных на фоне гебоидных расстройств можно было выделить отчетливые периоды как повышенного, так и пониженного настроения, характеризующиеся достаточно четкими признаками, свойственными циклотимическим аффективным расстройствам. Так, маниакальные состояния сопровождались хорошим самочувствием, повышенной деятельностью, нередко становящейся продуктивной. В периоды депрессивного аффекта, где отчетливее проявляется компонент витальности, было выражено чувство тоски с болезненной психической анестезией и идеями самоуничтожения, появлялись отдельные симптомы сверхценной дисморфофобии, ипохондрические идеи, рудиментарные деперсонализационные и навязчивые расстройства.

Включение указанных расстройств в депрессивные фазы на инициальном этапе В. М. Шаманина (1966) считала характерным для будущего приступообразного течения. Помимо витально окрашенных аффективных фаз у этих больных встречались и атипичные их картины. Если у больных наблюдались атипичные субдепрессивные фазы, то внешне их состояние в этот период напоминало симплекс-синдром с резким снижением успеваемости, сужением круга интересов, эмоционально-волевым обеднением, нарастанием аутизма, сочетающимися с уходом в асоциальную среду и пассивным подчинением ее требованиям. По миновании депрессии выяснялось, что у больного нет столь выраженного энергетического дефекта. Он способен в короткий срок наверстать пропущенный материал, догнать сверстников и даже выявить свою неординарность в некоторых областях знаний. Иногда в этих атипичных депрессиях, напротив, усиливались психопатоподобные расстройства: грубость, пьянство, употребление наркотиков, конфликтность с демонстративными суицидальными попытками, паясничество в роли шутов всего класса. При расспросе больных иногда удавалось выяснить, что такое поведение было следствием депрессии с «комплексом неполноценности», что они таким образом пытались либо «забыться», либо «маскировать» неуверенность в себе, недовольство собой, трудности контактов, которые больные, как правило, скрывали

от окружающих. В атипичных гипоманиях не было заметно повышения продуктивности и веселого настроения, а лишь имело место усиление расторможения влечений. Обычно у девушек это проявлялось в сексуальной распушенности, бродяжничестве, у юношей — в усилении нарушений поведения с воровством, хулиганством, в особой нетерпимости поведения дома. Атипичному гипоманиакальному состоянию иногда сопутствовало влечение к самостоятельной интеллектуальной деятельности, обычно малопродуктивной. Больные начинали сочинять стихи, читать запоем, что-то изобретать, односторонне увлекаться каким-либо предметом. В этот период направленность интеллектуальной деятельности больных находилась в резкой диссоциации с их грубостью, цинизмом, пьянством, употреблением наркотиков.

Таким образом, психопатоподобные гебоидные расстройства, представляющие собой признаки пубертатного криза, доведенные до психопатологического уровня, встречались здесь и вне аффективных фаз и лишь усиливались в маниакальных или депрессивных состояниях, что отличает эти случаи от обычных маний с психопатоподобным поведением. Однако клиническая картина здесь была не только усложнена в связи с включением аффективных расстройств, но и само содержание психопатоподобного поведения заметно менялось в зависимости от знака аффекта.

Описанный тип гебоидного синдрома, обозначаемый Г. П. Пантелеевой как «гебоидный синдром с циркулярными аффективными расстройствами», был отмечен у большинства больных данной группы (17 больных). Только у 2 больных имел место аффективно-гебоидный, у других 2 больных «чисто» гебоидный и у одного больного дефектно-гебоидный типы. Однако и у этих больных в картине гебоидного состояния отмечались выраженные аффективные включения. Кроме того, при сопоставлении с больными гебоидофренией оказалось, что в данной группе гебоидные расстройства на инициальном этапе, при всем их внешнем сходстве, были менее тяжелыми и не приводили к столь выраженной, как у первых, трудовой и социальной дезадаптации. Об этом свидетельствовало то, что за исключением 4 больных этой группы, впервые помещенных в стационар психиатрической больницы еще на гебоидном этапе, у остальных 18 больных первое стационарирование их совпало со временем развития у них манифестного психотического приступа. Об этом же свидетельствовал и сравнительно менее тяжелый уровень негативных изменений у данных больных перед их первым стационарированием в сопоставлении с группой больных гебоидофренией: в 5 из 22 случаев юношеской приступообразной формы с гебоидным дебютом он ограничивался уровнями стенической аутизации и легкого эмоционально-волевого обеднения, не достигая уровня

психопатоподобных негативных изменений. При гебоидофрении соответствующие показатели уровня негативных изменений составляли только у 3,8 %. Этой особенностью гебоидных состояний на инициальном этапе юношеской приступообразной шизофрении в сравнении с проявлениями этого синдрома при гебоидофрении объясняется и то, что в отличие от больных гебоидофренией у данных больных не наблюдается столь заметной утраты трудоспособности в период гебоидного состояния и столь резкого нарушения поведения и адаптации, несмотря на изменения в образе жизни и интересах. Действительно, [Здесь на момент первого стационарирования не работал только один больной (4,5 %) против 27,9 % при гебоидофрении, продолжали учиться в школах, техникумах и институтах 16 больных (72,7 %) против 35,1 % при гебоидофрении.

В этой группе больных гебоидным расстройствам сопутствовали различные экзогенные вредности. Отягощенность экзогенными была отмечена у 18 больных, причем у 10 —алкоголизмом, у 6 —тяжелыми психогениями, у 2 — злоупотреблением токсическими препаратами. Как и при гебоидофрении, при которой, как было указано, в течение заболевания часто наблюдаются повторные как экзогенные, так и эндогенные психотические эпизоды (у 43,3 % больных), на инициальном гебоидном этапе юношеской приступообразной шизофрении таковые также наблюдались часто (9 больных, 40,9 %), но все они имели здесь лишь эндогенный характер. Что касается более очерченных по времени и по клиническим проявлениям психотических включений, то, как показал анализ, у данных больных на гебоидном инициальном этапе заболевания, так же как при гебоидофрении, отмечались как экзогенные, так и эндогенные транзиторные психотические состояния, но экзогенные психозы встречались здесь значительно реже: в 29,7 % против 66,2 % при гебоидофрении. Кроме того, экзогенные психозы при приступообразной юношеской шизофрении существенно отличались от таковых при гебоидофрении по следующим признакам: полное отсутствие экзогенных психозов с помрачением сознания, явное преобладание реактивных параноидов, более затяжной их характер.

Эндогенные транзиторные психозы, так же как при гебоидофрении, наблюдались крайне редко, всего у 3 больных, но имели здесь ряд особенностей. Сравнение групп больных по типам транзиторных эндогенных психозов выявило следующее их психопатологическое различие: преобладание галлюцинаторно-бредовых и атипичных полиморфных психозов при гебоидофрении и аффективно-бредовых или острых паранойяльных при юношеской приступообразной форме. В наблюдаемой контрольной группе эндогенные психозы, несмотря на их транзиторный характер, весьма напоминали

клиническую картину приступов при приступообразной шизофрении «в миниатюре». Более того, у 2 из этих больных последующие за ними манифестные психозы и повторные приступы протекали синдромально сходно с этими транзиторными психозами. Таким образом, эндогенные психотические состояния на гебоидном инициальном этапе при юношеской приступообразной шизофрении можно считать настоящими «форпостами» [Gross G., 1969] будущего приступообразного течения.

Как указывалось, у всех больных данной группы вслед за описанным гебоидным инициальным этапом болезни наступил манифестный психотический этап, начавшийся с психотического манифестного приступа. Описанный инициальный гебоидный этап чаще всего длился 4—6 лет. Манифестные приступы здесь были представлены типичными для приступообразной шизофрении синдромами, такими, как онейроидно-кататонический (2 больных), аффективно-бредовой (10 больных), галлюцинаторно-бредовой (7 больных), кататоно-галлюцинаторно-бредовой (3 больных). Чаще всего эти психозы были средней продолжительности и затяжные. В динамике приступов прослеживались этапы, характерные для синдромаобразования при приступообразной шизофрении. Иногда во время манифестного приступа у больных данной группы наблюдался «психопатоподобный» фасад в поведении, однако лишь в тех случаях, когда у больных преобладал маниакальный аффект. Более характерным было отсутствие «психопатоподобного» фасада во время манифестного психоза и исчезновение гебоидных проявлений по выходе больных в состояние ремиссии. Уже после первого манифестного психоза отмечалось заметное ступенеобразное углубление шизофренического дефекта, чему обычно сопутствовала значительная редукция гебоидных расстройств или их полное исчезновение. В ряде случаев после перенесенного психоза, несмотря на усиление шизофренических изменений, создавалось впечатление выздоровления больных или улучшения их состояния в связи с исчезновением у них гебоидных расстройств. Поэтому для таких больных становилась возможной разного уровня социально-трудовая адаптация — и даже определенный профессиональный рост в пределах бывшей специальности. Родственники больных в таких случаях говорили, что больных как будто «подменили» после психоза.

Таковы основные признаки, отличающие особенности клинических проявлений и течения гебоидных расстройств при юношеской приступообразной шизофрении. Однако сравнение гебоидного инициального этапа юношеской приступообразной шизофрении с гебоидофренией и даже с гебоидофренией, протекающей с психотическими включениями, будет не полным, если не остановиться на особом варианте гебоидофрении — ее

атипичной разновидности, выделенной нами на основании длительного клинико-катамнестического изучения всей группы больных гебоидофрениями.

Атипичный вариант течения гебоидофрении

Гебоидная шизофрения

Пантелеева Г.П., Цуцульковская М.Я., Беляев Б.С.

Существует группа больных, состояние которых нельзя с определенностью отнести ни к гебоидофрении, ни к приступообразной шизофрении с гебоидным инициальным этапом [Извольский С. А., 1982]. У таких больных после периода гебоидных расстройств, близкого по проявлениям к вялотекущей гебоидофрении, наступал как бы «психотический» этап болезни с повторными эндогенными приступами средней продолжительности и даже затяжными (реже транзиторными), с ремиссиями между ними, нередко без критического отношения к психотическим переживаниям и с резидуальными бредовыми расстройствами. В отличие от приступообразной шизофрении с гебоидным инициальным этапом здесь в картине заболевания и в дальнейшем оставались доминирующими гебоидные расстройства, а эндогенные психозы были не только весьма атипичными, но и нередко трудно отличимыми от экзогенных, особенно в начальном периоде психотического этапа.

В описываемой группе больных, несмотря на развитие у них манифестного психоза, в некоторых случаях даже повторного, дефект нарастал плавно, как при вялотекущей гебоидофрении, и гебоидные проявления оставались в ремиссиях в неизменном виде.

Частота данного атипичного варианта течения гебоидофрении оказалась равной 21,1 % (22 из 104 больных).

Начало заболевания здесь также чаще всего относилось к раннему пубертатному периоду (возраст больных 11—13 лет). Период первого стационарирования в психиатрическую больницу, совпадающий у всех больных со временем максимального развертывания гебоидных расстройств, так же как и в основной группе гебоидофрении, приходился чаще всего на возраст 17 лет — 22 года. Картина гебоидных расстройств в целом здесь была весьма близка картине, свойственной больным вялотекущей гебоидофренией. У 12 больных этой группы отмечался редуцированный гебоидный синдром, для которого характерно утрирование не всей совокупности пубертатных черт, а лишь одной или нескольких. У 3 больных имелось аффективно-гебоидное состояние, у 5 больных наблюдалось циркулярно-гебоидное состояние, не характерное, как указывала Г. П. Пантелеева (1973), для больных гебоидофренией.

Частота экзогенных вредностей здесь была высокой. Так, неумеренное злоупотребление алкоголем отмечено у всех больных (в том числе с признаками хронического алкоголизма —

у 4). Злоупотребление лекарственными и-наркотическими веществами наблюдалось у 5, закрытые черепные травмы — у 5, психогенные вредности — у 2, тяжелые соматические состояния — у 2.

Как показало катамнестическое обследование, у данных больных, как и в основной группе, »а начальном этапе болезни, на фоне психопатоподобных гебоидных расстройств, наблюдались транзиторные психотические состояния экзогенного характера и кратковременные эндогенные психотические включения. Наиболее часто (у 11 больных) имелись транзиторные психозы экзогенного характера. По синдромальной структуре преобладали острые параноиды, которые встречались у 8 больных (у 5 — психогенные, у 2 — алкогольные, у 1 — интоксикационный). Интоксикационные делирии наблюдались у 2 больных, интоксикационный галлюциноз — у 1 больного и еще у одного больного — психогенный галлюциноз. Хотя клиническая картина экзогенных психозов в данной группе была сходной с таковой у основной группы больных, имелись и существенные отличия. Отмечалось более легкое возникновение экзогенных психозов, даже от небольших экзогенных вредностей. Так, алкогольные психотические расстройства развивались на высоте интоксикации алкоголем, даже без наличия признаков хронического алкоголизма; интоксикационные психозы наблюдались после приема небольших доз наркотических или лекарственных веществ; для развития реактивных состояний больному было достаточно мелкого конфликта, изменения стереотипа, быта, перемены обстановки. По клинической картине экзогенные психозы, как и в основной группе гебоидофрении, характеризовались транзиторностью (продолжительностью не более 2 нед), наличием признаков «эндоформности» в виде большого удельного веса псевдогаллюцинаций, элементов синдрома Кандинского — Клерамбо, галлюцинаций фантастического содержания, наличием нарушений мышления шизофренического характера. Но в отличие от экзогенных психозов в основной группе здесь часто отмечалось отсутствие критики к психотическим переживаниям по выходе из психоза и наличие резидуального бреда, сохраняющегося длительное время. Резидуальный бред иногда оказывал влияние на мировоззрение больных. Например, они начинали верить в телепатию, в бога. Иногда фабула резидуального бреда участвовала в формировании последующего эндогенного манифестного психоза.

У 5 рольных на психопатоподобном этапе болезни наблюдались психотические эпизоды эндогенного характера в виде элементов идеаторного варианта синдрома Кандинского—Клерамбо, немотивированных страхов, элементарных галлюцинаторных

расстройств.

Чаще всего на 7—12-м году заболевания у больных на-к ступал как бы «психотический» этап болезни с появлением развернутых однократных и даже повторных манифестных эндогенных приступов. В тех случаях, когда манифестному эндогенному психозу предшествовал экзогенный психоз, между первым и вторым чаще всего имел место временный разрыв (длительностью от 1 до 5 лет). У 5 больных этого временного разрыва не существовало. В таких случаях психоз, начавшись по типу экзогенного (параноида, делирия или галлюциноза), в дальнейшем усложнялся за счет эндогенных психотических расстройств, «затягивался» и заканчивался как эндогенный психоз. Такие психозы мы называли «смешанными».

В отличие от больных основной группы гебоидофрении только с транзиторными эндогенными психозами в данных наблюдениях при наличии на начальном этапе болезни экзогенных психозов создавалось впечатление, что последние не проходят бесследно для течения заболевания у этих больных, а как бы «подготавливают почву» для возникновения впоследствии манифестного эндогенного психоза. Особенно ярко эта закономерность проявлялась в случаях «смешанных» психозов, когда непосредственно наблюдался переход экзогенного психоза в эндогенный. Указанная закономерность подчеркивает, видимо, особую патогенетическую роль экзогенных вредностей для течения заболевания у этих больных.

Синдромальная квалификация манифестных эндогенных психозов (14 из 22 больных) оказалась затруднительной. Во всех этих случаях клиническая картина манифестных психозов была весьма атипичной. Атипичия психозов состояла в том, что психотическая симптоматика была крайне полиморфной, с участием практически всех психопатологических регистров, но выраженных неотчетливо, рудиментарно. Расстройства, как правило, носили характер бредаподобного фантазирования, при этом отдельные кататонические, бредаподобные и галлюцинаторные расстройства появлялись и исчезали хаотично. Не представлялось возможным проследить этапы закономерного усложнения симптоматики, взаимосвязи последующих симптомов с предыдущими, как это описывается при приступах рекуррентной и приступообразно-прогредиентной шизофрении [Пападопулос Т. Ф., 1975]. О подобных атипичных — полиморфных психозах писали старые авторы, подчеркивая, что такие формы характерны для дегенератов [Корсаков С. С., 1893; Суханов С. А., 1904; Magnan V., 1895; Legrain M., 1886; Ziehen Th., 1897; Birnbaum K, 1908 и др.]. В современной литературе на них указывали исследователи, изучавшие сочетание вялого непрерывного и приступообразного течения при шизофрении [Видманова Л. Н., 1963; Концевой В. А., 1965;

Сиряченко Т. М., 1966; Пляшанова Т. М., 1967; Успенская Л. Я., 1967].

Во время таких атипичных психозов в наших случаях сохранялся выраженный психопатоподобный фасад, который часто заслонял собой психотическую симптоматику. Больные в отделении вели себя как нарушители режима, парализующие работу медицинского персонала, устраивав ли драки, пытались издеваться над слабыми больными, являлись зачинщиками употребления вина и наркотиков, цинично бранились. На этом фоне бредовые высказывания больных производили впечатление «шутовства», «валяния дурака», либо симуляций Или псевдологии. Особенно демонстративно это проявлялось в тех случаях, где бредоподобное фантазирование выступало на первый план в структуре полиморфного атипичного рудиментарного психоза (8 больных). Бредоподобное фантазирование в описываемых психозах выступало как эквивалент собственно бредовых расстройств, и на высоте состояния было неотлично от бреда воображения. Содержанием фантазий часто были услышанные от кого-либо рассказы о религии, фабулы из научно-фантастической и детективной литературы, популярных журналов, кинофильмов, идеи иного, как правило, высокого происхождения, а также фантастические идеи авантюристического содержания. Характерным было сочетание фантастических идей с резонерскими компонентами. В манере высказывания идей фантастического содержания было много детского, игрового. Больные могли в некоторой степени поддаваться разубеждению, иногда спорили с врачом о возможном существовании воображаемых явлений, при этом в качестве «доказательства» ссылались на соответствующие научно-фантастические романы, кинофильмы и другие подобные источники. Фабула фантазий обычно была крайне изменчивой, хотя и сохраняла какой-то тематический стержень (высокое происхождение, космическая тематика). Всегда имело место отсутствие критики, хотя в беседе с больными легко можно было обсуждать те или иные стороны их бредовых воззрений. Фантастические переживания лишь в редких случаях определяли поведение больных. Обычно же сообщения о невероятных событиях, о своей «чрезвычайной» миссии находились в резкой диссоциации со спокойным тоном беседы, благодушным аффектом, «спокойным отношением к пребыванию в стационаре. Фантастические идеи возникали внезапно, по типу озарения, и иногда больные уверяли, что им сообщают о различных событиях телепатически или с помощью фантастических приборов. Если в течение этих психозов больные эпизодически употребляли алкоголь или токсические вещества, то наблюдалось связанное с этим по времени усиление эндогенной психотической симптоматики (главным образом бредоподобного фантазирования), а в некоторых случаях эндогенные проявления прерывались

11 кратковременными делириозными включениями.

Длительность описанного манифестного эндогенного приступа у обследованных 13 больных чаще всего была 1—3 мес, у 7, у-реже — 4—6 мес и только у 2 больных — более 6 мес.

Как показало катamnестическое обследование, в данной группе больных после описанного эндогенного приступа всегда наступала ремиссия, в которой сохранялись в прежнем виде гебоидные расстройства, хотя некоторое время оставались недостаточная критика к перенесенному психозу и даже резидуальная бредовая симптоматика. Гебоидные расстройства, сохраняющиеся в промежутках между психозами, в данной группе нельзя расценивать как психопатоподобный дефект, наблюдаемый в ремиссиях приступообразной шизофрении. Во-первых, потому, что здесь гебоидные проявления не являются чем-то новым, дефицитарным, а выступают как доминирующий в клинической картине, начиная с пубертатного возраста, продуктивный симптомокомплекс. Во-вторых, здесь гебоидные расстройства продолжают сохранять особенности, типичные для юношеской шизофрении (оппозиция к семье, обществу, духовным ценностям, со склонностью к критиканству и противоречию, стремлением к самостоятельности, желанием выделиться бравадой и т. д.). Тогда как психопатоподобные расстройства, появляющиеся в ремиссиях приступообразной шизофрении, лишены столь выраженной пубертатной окраски.

Катamnестическое обследование показало, что из 22 больных данной группы манифестный эндогенный психоз был единственным у 7 больных, у 11 больных были 2—3 психоза, у 3 больных — 4—6 психозов, более 6 психозов перенес лишь 1 больной. Подавляющее большинство больных данной группы (81,8 %) перенесли 1—3 психотических приступа, после чего активность «приступообразования» у них заканчивалась в возрасте от 22 до 36 лет. Повторные приступы, наблюдавшийся у части этих больных, были синдромально сходными с манифестными. Качество ремиссий между повторными приступами было сходным с таковым в первой ремиссии. Последняя ремиссия (после завершения «приступообразования») также характеризовалась выраженными психопатоподобными гебоидными расстройствами.

Таким образом, для данной группы больных являлась характерной тенденция к регрессиентности симптоматики чаще на 4-м десятилетии жизни при сохранности основных гебоидных расстройств. Интересно отметить, что по уровню негативных шизофренических расстройств на момент катamnестического обследования данная группа больных практически не

отличалась от вялотекущего варианта гебоидофрении.

Данная группа больных, ввиду описанных особенностей, занимает особое, промежуточное, место между юношеской вялотекущей гебоидной и приступообразной шизофренией. У нас нет окончательного мнения об ее безоговорочном отнесении к одной из этих форм. Однако, учитывая выраженность и доминирование гебоидных расстройств на протяжении всего заболевания, спаянность психотической симптоматики с основными гебоидными расстройствами, атипичию психозов, не позволяющую отнести их к типичным проявлениям приступообразной шизофрении, плавное нарастание дефекта, как при вялотекущей гебоидофрении, а также тот факт, что трудности содержания, курации, социально-трудовой адаптации этих больных здесь такие же, как при основном варианте вялотекущей гебоидофрении, нам представляется целесообразным рассматривать эту группу в рамках гебоидофрении как ее особый «атипичный» вариант. Этот вариант занимает краевое, промежуточное положение, близкое к приступообразной форме шизофрении. Частота такого течения при гебоидофрении подтверждает условный характер разделения на формы течения шизофрении при наличии в реальности непрерывных переходов между ними.

Особенности исходов гебоидной шизофрении по данным катamnестического обследования

Гебоидная шизофрения

Пантелеева Г.П.,
Цуцульковская М.Я.,
Беляев Б.С.

По характеру исхода заболевания на период катamnестического обследования всех обследованных больных юношеской шизофренией мы условно разделили на следующие 7 групп (данные градации соответствуют тем, которые приняты в большинстве зарубежных когортных катamnестических исследований, что дает возможность сопоставления полученных данных с данными, установленными другими исследователями): 0 — практическое выздоровление после серийных или однократных приступов в юности; I — стойкая ремиссия с практическим отсутствием продуктивных расстройств, незначительными изменениями личности и хорошей социально-трудовой адаптацией; II — ремиссия с редуцированием продуктивных расстройств, но с отчетливыми признаками изменения личности и неполной социально-трудовой адаптацией; III — стабилизация процесса со стойкостью продуктивных расстройств из круга неврозоподобных психопатоподобных и паранойяльных с некоторой социальной компенсацией, но без фактической трудовой адаптации; IV — стабилизация процесса со стойкостью редуцированных продуктивных расстройств из круга параноидных, галлюцинаторных и кататонических с некоторой социальной компенсацией, но без фактической трудовой адаптации; V —

продолжающееся прогрессирующее активное течение психоза с социально-трудовой дезадаптацией и необходимостью постоянного или частичного стационарирования; VI — исход психоза в выраженное шизофреническое слабоумие с массивностью и тяжестью продуктивных расстройств, с необходимостью пребывания в стационаре (конечное состояние).

В таблице приведено распределение больных юношеской шизофренией с гебоидным дебютом заболевания по этим интегративным уровням исхода заболевания на период отдаленного катамнеза, т. е. спустя 15 лет и более от первого стационарирования. Как видно из таблицы, вопреки традиционно сложившемуся мнению, что гебоидная шизофрения — это в большинстве своем неуклонно прогрессирующий процесс с ранней и тяжелой инвалидизацией больных и их последующим длительным пребыванием в психиатрических стационарах, на отдельных этапах течения, по выходе больных из юношеского возраста, обнаруживается значительное число не только проживающих вне больн.ниц, но и работающих больных. По ряду показателей — наличие признаков стойкого исчезновения или значительного редуцирования позитивных расстройств и разной степени социальной и трудовой компенсации, стабилизация процесса и социальная реадaptация, хотя и разного уровня, — состояние у большинства этих больных могло быть приравнено к резидуальному в широком смысле слова, включающему ремиссии разного характера: от практического выздоровления до особых картин поздних ремиссий [Фаворина В. Н., 1965]. Как видно из таблицы, особенно высок удельный вес благоприятных исходов при юношеской малопрогредиентной гебоидной шизофрении (гебоидофрении). Здесь в 14,6 % отмечалось «практическое выздоровление»; в 17,1 % — стойкая ремиссия с практическим отсутствием продуктивных расстройств, незначительными изменениями личности и хорошей социально-трудовой адаптацией; в 26,8 % — ремиссия с редуцированием продуктивных расстройств, с признаками изменения личности и неполной социально-трудовой адаптацией, и только в 41,5 % случаев сохранялись проявления вялотекущего шизофренического процесса, хотя и в стадии стабилизации со стойкостью продуктивных расстройств и социальной и трудовой компенсацией разных степеней. В случаях гебоидных дебютов других форм юношеской шизофрении, как видно из таблицы, уровни исходов на катамнестический период значительно более тяжелые. Это особенно видно при юношеской злокачественной и параноидной форме.

Таким образом, несмотря на большое сходство инициальных гебоидных проявлений у всех изученных больных в юности и, главное, общее для всех этих случаев впечатление о значительной тяжести их личностного ущерба, выявляющегося с самого начала заболевания, фактическая степень изменений личности при гебоидофрении, судя по конечному результату —

исходу при катамнезе — была не столь значительной по сравнению с ее картиной при гебоидных дебютах прогрессирующих форм юношеской шизофрении и сходство между ними во многом было чисто внешним. Следует отметить, что поскольку гебоидное состояние само по себе имитирует тяжелую картину негативных расстройств, то об истинном их характере при первичном обследовании больных в юношеском возрасте в период развернутых гебоидных проявлений судить всегда трудно. Не случайно в литературе до последнего времени продолжает дискутироваться вопрос о том, являются ли гебоидные расстройства особым продуктивным синдромом или это чисто негативные симптомы. Так, К. С. Витебская (1958), Е. Е. Сканави и А. А. Вишневская (1963) рассматривают гебоидный синдром в пубертатном возрасте как сочетание морального дефекта или аффективной деградации с расторможением влечений. Правда, Г. Е. Сухарева (1962) писала об этом не так категорически и допускала возможность относительно благоприятного прогноза гебоидных состояний при шизофрении, т. е. частичную обратимость гебоидных расстройств. Как проявления шизофренического дефекта эти расстройства также оценивали М. И. Цициашвили (1958), Т. А. Невзорова (1967). W. Kretschmer (1972) писал о простом сочетании продуктивных и негативных («редуктивных») симптомов в картине гебоидного состояния. В этом дискуссионном вопросе — наиболее убедительным в клиническом и теоретическом отношении, с нашей точки зрения, является положение Р. А. Наджарова (1964), сформулированное им на основе изучения юношеской неблагоприятно текущей шизофрении, об обратимости расстройств, которые прежде считались чисто негативными, о функциональном характере проявлений, к которым относятся и гебоидные симптомы. Важно подчеркнуть, что к этому заключению Р. А. Наджаров приходит на основе длительного наблюдения над больными шизофренией, заболевшими в юношеском возрасте, т. е. по сути в результате катамнестического их обследования, которым, естественно, не располагали детские психиатры, в основном высказывавшие мнение о дефектной природе гебоидных расстройств. Несколько позднее об этом же писала М. Я. Цуцельковская (1967), которая, рассматривая гебоидный синдром как продуктивное образование, тесно спаянное с юношеским возрастом, указывала на возможность его редуцирования по прошествии последнего.

В 1973 г. Г. П. Пантелеева на основе первого катамнестического исследования большой группы больных гебоидофренией обнаружила, что особенности эмоциональных проявлений у больных с гебоидными состояниями создают при их первичном обследовании в юношеском возрасте впечатление полнейшей эмоциональной тупости, абсолютного дефекта в области высших, присущих только человеку эмоций. Поэтому не случайно такие

расстройства у них нередко оцениваются только лишь как проявления глубокого эмоционального дефекта, значительных негативных изменений, которые по степени выраженности приближаются к таковым у больных юношеской злокачественной шизофренией. Как показали собранные ею катамнестические данные, в случаях гебоидного состояния оценка описанных эмоциональных расстройств только как негативных не соответствовала истинному положению вещей. То же относилось и к другим проявлениям гебоидного синдрома, которые при их квалификации по чисто внешним признакам сходства однозначно определялись как глубокий аутизм, полная редукция энергетического потенциала по К. Conrad (1959). Здесь следовало также говорить не об истинной редукции энергетических и коммуникативных возможностей больных, а частично об их искаженном характере.

Проведенное нами к настоящему времени длительное катамнестическое изучение 104 больных гебоидофренией также подтвердило это указанное еще ранее Г. П. Пантелеевой противоречие между картиной и степенью выраженности так называемых негативных расстройств в период активного развития гебоидных проявлений и после редуцирования последних. Так, при первоначальном обследовании в юношеском возрасте в период развернутого гебоидного состояния у больных описывали глубокий дефект с моральной тупостью, грубыми проявлениями инфантилизма, падением энергетических возможностей. При катамнестическом обследовании оказалось, что признаки изменения личности у большинства больных не столь выражены. Согласно описанию Г. П. Пантелеевой, у одних больных они ограничиваются особенно заметными по сравнению с их преморбидным складом утратой широты интересов, снижением психической активности, незрелостью и поверхностностью эмоциональных проявлений с сугубо рациональным отношением к близким людям, но с потребностью в их опеке, некоторой замкнутостью, недостаточной критикой к перенесенному состоянию. Здесь трудовая адаптация была достаточной или несколько сниженной из-за того, что при большом объеме знаний, при способности к хорошему запоминанию, комбинированию, умению хорошо говорить больные не могли достаточно полно применять их на деле. Именно для этих больных при первичном обследовании, в период развернутых гебоидных расстройств отмечалась характерная для гебоидов известная диссоциация между значительными эмоциональными изменениями и утратой реальных интересов и относительной приспособленностью к окружающему, не столь резкими нарушениями трудовой адаптации. У меньшей части больных негативные изменения на катамнестический период были более глубокими, у них выявлялась выраженная эмоциональная холодность, иногда в сочетании с избирательной повышенной чувствительностью

(«психэстетическая пропорция» по Е. Кречмеру), крайняя пассивность и бедность интересов, выраженная ограниченность контактов, расплывчатость мышления с отчетливыми признаками резонерства, грубая задержка психического развития, низкий уровень трудовой адаптации и даже полная нетрудоспособность. Причем у части этих больных в психическом состоянии еще в период развернутых гебоидных расстройств можно было выявить эти черты шизофренического дефекта (обычно это были лица в преморбиде также с чертами психического дефицита — типа «дефицитарных личностей» «пассивных шизоидов»). При их первичном обследовании бросались в глаза непомерные черты их моральной и эмоциональной тупости, отсутствие у них хотя бы к кому-нибудь из окружающих какой-либо симпатии, крайняя монотонность поведения, выраженная пассивная подчиняемость, однообразие и примитивность высказываний, скудость и поверхностность знаний и интересов, полная утрата трудоспособности. На основе описанных признаков, принимая во внимание достаточную относительность их надежной оценки как негативных симптомов при первичном обследовании больных в юношеском возрасте в период развернутых гебоидных расстройств, мы попытались дать оценку степени негативных изменений больных при первичном обследовании в соответствии со шкалой тяжести негативных расстройств. В основу данного деления положена градация уровней негативных изменений личности при шизофрении, предложенная А. В. Снежневским (1969, 1975). Данная шкала включает следующие условные уровни: I. Практическое отсутствие или незначительная выраженность изменений личности в сравнении с преморбидным складом; II. Изменения личности типа «стенической аутизации». Здесь наряду с заострением и видоизменением преморбидных особенностей личности выявились элементы диссоциации ее структуры с чертами аутизации, рационализмом, педантичностью, эмоциональным обеднением и односторонней активностью; III. Изменения личности типа «астенической аутизации» характеризуются заострением и видоизменением преморбидных качеств в сторону сенситивности, неуверенности, ранимости в отношениях с людьми, истощаемости, снижения жизненного тонуса с нарастающей аутизацией, изменениями эмоциональности типа «дерево и стекло» или «психэстетической пропорцией» по Е. Кречмеру. Трудовая адаптация заметно не нарушается, но у больных возникает стремление сузить круг занятий; IV. Изменения личности по типу легкого эмоционально-волевого снижения с аутизацией. В этих случаях больные становятся менее инициативны, ослабевают их интересы к учебе, творчеству, снижается потребность в контактах. Эмоциональные реакции становятся более однообразными, особенно отчетливы признаки задержки созревания личности (инфантилизма). При этом и в социальном плане происходит некоторое снижение; V. Психопатоподобный уровень изменений

личности рассматривается как более глубокий уровень негативных изменений в сравнении с приведенными выше. Здесь чаще всего на передний план выступали холодность, эгоцентризм, утрата привязанностей к близким, жестокость, равнодушие, вспышки раздражения, грубость, агрессивность, асоциальное поведение, развязывание влечений. Реже появлялись грубо истерические проявления. При этом заметно страдает трудовая и социальная адаптация больных, значительно снижается работоспособность; VI. Негативные изменения личности по типу «Verschrobene» определяются выраженной аутизацией, необычностью и вычурностью интересов, эмоциональным обеднением, часто с наличием доведенной до крайней выраженности «психэстетической пропорции», отчуждением, неловкостью, манерностью мимики и моторики, странностью и чужаковатостью поведения. При нередко сохраняющихся знаниях в узких, чаще абстрактных, областях, даже при способности усвоить новые сведения из этих областей, полная практическая неприспособленность, наивность житейских суждений, выраженная психическая незрелость; VII. Изменения личности по типу симплекс-синдрома, «редукции энергетического потенциала» по К. Conrad (1959) отнесены к еще более глубоким негативным расстройствам. Здесь отмечались утрата психической активности, резкое снижение продуктивности, неспособность в усвоении нового, равнодушие, отсутствие эмоциональной окраски переживаний. Больные или совсем не могли работать, или выполняли несложную механическую работу. Сознание болезни и своей измененности отсутствовали; VIII. Апатическое слабоумие («регресс личности»). Это самая тяжелая степень негативных изменений, которая характеризуется практически полным отсутствием спонтанной психической активности, стремлений и побуждений, крайней степенью аутизации с уходом от внешних контактов, эмоциональным опустошением вплоть до полной аффективной тупости. В социальном отношении больные полностью несостоятельны.

Мы провели оценки по этим же уровням негативных изменений больных в начале заболевания и на период катamnестического обследования, а затем сравнили их при первичном и катamnестическом обследовании. Оказалось, что хотя в целом у больных гебоидофренией при катamnестическом обследовании отмечалось нарастание тяжести негативных расстройств — частота V, VI степени негативных изменений личности отмечена у 36,6 % больных против 2,0 % при первичном обследовании. Но при этом здесь выявилась большая группа больных (около 1/3 всех наблюдений), у которых оказались более легкие степени негативных расстройств (I, II, III, IV) в сравнении с их первичной оценкой — в 24,3 % против 3,8 %. Подтвердилась точка зрения, высказанная Р. А. Наджаровым (1964) — и Г. П. Пантелеевой (1973), о частичной обратимости тех расстройств, которые при

гебоидном состоянии в юности. в период развернутых их проявлений расцениваются как негативные, как признаки дефекта личности.

Косвенным отражением степени негативных изменений является, естественно, сравнение показателей уровней социально-трудовой адаптации больных при первичном и катamnестическом обследовании. Хотя в целом при гебоидофрении за катamnестический период отмечается нарастание степени трудовой дезадаптации у изученных больных — не работали или были заняты лишь неквалифицированным трудом (включая ЛТМ) 54,2 % больных против 33,7 % при первичном обследовании. Но при этом обнаруживалась и значительная частота положительной динамики уровня трудоспособности больных за катamnестический период: получили среднее и высшее образование и работали на соответствующих должностях 28,8 % против 1,9 % при первичном обследовании. Еще более наглядно рост социально-трудовой адаптации изученных больных за катamnестический период иллюстрируют данные, отражающие показатели сравнительного уровня трудовой адаптации больных, т. е. полученные при его сопоставлении с исходным у каждого больного. Оказалось, что у 49 больных (47,1 %) трудоспособность повысилась по сравнению с исходным ее уровнем, и только у 7 больных (6,8 %) трудоспособность — сохранилась на прежнем уровне, т. е. они не проделали такого профессионального роста, но справлялись со своими обязанностями. У 15 больных (14,4 %) трудоспособность оказалась сниженной, однако они не имели группы инвалидности. 20 больных (19,2 %), имея III и II группы инвалидности, работали на обычном производстве и только 13 больных (12,5 %) полностью утратили трудоспособность.

В связи с приведенным необходимо обратить внимание на значительно более благоприятные показатели исходов по перечисленным- параметрам при затяжных гебоидных приступах в сравнении с вялотекущей гебоидной шизофренией. Исходы, близкие к практическому выздоровлению, наблюдались у 64 % больных (17,5 %—при вялотекущей). Негативные изменения у этих больных, расцененные при первичном обследовании как весьма тяжелые (психопатоподобный уровень у 92,0 % и у 4 % симплекс-синдром), оказались в дальнейшем значительно более легкими: — аутизация стеническая и астеническая в 48,0 %, легкое эмоционально-волевое снижение — в 40,0 % и лишь психопатоподобный уровень изменений — в 4,0 % и изменения личности типа «Verschrobene» — в 8 %.

Ту же закономерность можно проследить при оценке уровня социально-трудовой адаптации этих больных на катamnестический период. Здесь при катamnестическом обследовании занимались высококвалифицированным трудом,

включая специалистов с высшим образованием и научных и творческих работников 52,0 % больных против 15,9 % при вялотекущей гебоидофрении; обнаружили неуклонный профессиональный рост или значительно повысили трудоспособность 52,0 % больных против 5,3 % при вялотекущей гебоидофрении.

Таким образом, становится очевидной необходимость тщательной дифференциации гебоидного состояния у больных в юности, так как ввиду значительных различий двух вариантов течения гебоидофрении — в виде затяжного пубертатного приступа и вялого непрерывного течения — социальный и трудовой прогноз этих больных, так же как перспектива редуцирования у них клинических проявлений заболевания, различны, а отсюда различными должны быть подходы к их оценке в клинико-терапевтическом и социально-реабилитационном плане.

Глава VII. Некоторые клинико-патогенетические корреляции и критерии прогноза юношеской шизофрении с гебоидными состояниями. Особ

Гебоидная шизофрения

Пантелеева Г.П.,
Цуцульковская М.Я.,
Беляев Б.С.

Полученные результаты клинического исследования закономерностей развития гебоидофрении с очевидностью указывают на атипичное положение этой формы по отношению к основным формам шизофрении, на наличие существенных особенностей в их клинических проявлениях и течении. Это поставило вопрос о существовании возможных различий в патогенезе данных случаев. Для выяснения особенностей патогенеза гебоидофрении мы провели сопоставление по ряду факторов обследованных нами больных с данными о юношеской вялотекущей шизофрении в целом (поскольку шизофрения с гебоидными нарушениями рассматривается в ее рамках). Среди взятых нами для анализа патогенетических факторов мы исследовали особенности преморбидного периода, показатели характера и частоты наследственного отягощения, характер микросоциальных вредностей, а также некоторые данные об эндокринных особенностях больных.

При типологической оценке преморбидных особенностей больных юношеской малопрогрессирующей гебоидной шизофренией мы исходили из общей типологии преморбидов при юношеской шизофрении, построенной вначале на материале непрерывнотекущих форм юношеской шизофрении [Пекунова Л. Г., 1974], а затем дополненной на основе оценки преморбидов больных юношеской приступообразной формой [Цуцульковская М. Я., Пекунова Л. Г., Михайлова В. А., 1977]. При анализе полученных результатов оказалось, что у изученных больных наиболее частым был преморбидный склад

типа «возбудимых личностей» — 27 больных (32,9 %). В первых работах, выполненных нами в рамках изучения малопрогредиентной гебоидной шизофрении [Цуцельковская М. Я., 1967; Пантелеева Г. П., 1973], также было обнаружено, что часто здесь наблюдается преморбид этого типа. Л. Г. Пекунова (1974), специально изучавшая особенности преморбидного состояния при разных формах юношеской шизофрении в динамике по этапам их формирования в периоды «детского» возраста, описывала, что при преморбиде типа «возбудимых» картина личностного развития с детства преимущественно определяется чертами аффективной лабильности, взрывчатости, моторной расторможенности при эмоциональной ограниченности и эгоцентризме. Многие из больных плохо уживались в детском коллективе, стремились причинить вред, вносили разлад в детские игры, в детстве отличались безудержностью и малой мотивированностью двигательных реакций, капризностью, требовательностью, трудностями адаптации, вместе с тем формальностью контактов, замкнутостью, малой познавательной активностью при отсутствии интеллектуальных нарушений. Некоторые из них с раннего детства как бы пренебрегали реальной опасностью, не учитывали грозящие последствия своих действий: не испытывали страха при встрече с незнакомыми животными (собаками, лошадьми и т. п.), не боялись огня, высоты, воды, не испытывали смущения в незнакомой обстановке. Болезнь здесь начиналась в пубертатном возрасте с заострения присущих больным личностных черт — повышенной возбудимости, лабильности аффекта, моторной расторможенности и вместе с тем эмоциональной ограниченности и холодности. Во всех этих случаях развертывание болезненных расстройств проявлялось в резких нарушениях поведения с оппозицией больных к окружающему, доходящей до негативизма, с тенденцией асоциальным поступкам, расторможением низших влечений, к жестокости, агрессивности с нарастанием обеднения эмоциональных связей, сужением интересов, утратой реальной направленности побуждений.

Почти с той же частотой на нашем материале при гебоидофрении встречались преморбидные личности типа «диссоциированных», или «мозаичных», шизоидов — 26 больных (31,7 %). Личность этих пациентов в преморбидном периоде характеризовалась сочетанием ведущих качеств шизоидного склада с иными характерологическими проявлениями — истерическими, психастеническими, эксплозивными. У этих больных ранимость, впечатлительность, трудности адаптации, избирательность контактов сочетались с грубыми эмоциональными нарушениями, жестокостью, утрированной капризностью, псевдологией, аффективными разрядами. Почти у всех отмечались признаки раннего дизонтогенеза преимущественно искаженного типа, с выраженными

трудностями адаптации к новым условиям. У многих отмечалась склонность к аутистическому фантазированию. Детские кризовые периоды протекали здесь патологически с усилением описанных черт, появлением стертых фобий и аффективных расстройств.

Значительно менее частыми оказались при гебоидофрении преморбидные личности типа «пассивных» шизоидов — 8 больных (9,8 %). Преморбидная личность этих больных характеризовалась сочетанием замкнутости с пассивностью, слабостью эмоционального резонанса. С детства они отличались малой общительностью, нелюбознательностью, в кругу сверстников держались в стороне, не проявляли активности, чуткости, были вялы и монотонны. Проявления детских кризовых периодов у них были сглажены.

Также редко встречались при гебоидофрении преморбидные личности типа сензитивных шизоидов — 7 больных (8,5 %). В раннем детстве эти больные достаточно хорошо адаптировались к окружающим условиям, однако в дальнейшем в детстве у них проявлялась избирательность в контактах, чувствительность к обидам, впечатлительность, боязливость, затруднения в адаптации к новым условиям. К дошкольному возрасту проявлялась склонность к фантазиям, мечтательности, усиливающиеся в детские кризовые периоды и сопровождающиеся внешне обусловленными колебаниями аффективного фона.

У 5 (6,1 %) больных определился преморбидный склад типа «стеничных» шизоидов. Эти пациенты с детства отличались настойчивостью, целенаправленностью и последовательностью в учебе и в увлечениях, некоторой трудностью переключения. Их притягивало общество взрослых, они стремились к лидерству среди сверстников, где отличались повышенным жизненным тонусом без веселости и жизнерадостности, со склонностью к занятиям сверхценного характера. Они были склонны к физическому и духовному совершенствованию, некоторые — к сверхценному характеру увлечений, интересов. Раннее развитие их чаще протекало без признаков дизонтогенеза, реже — с симптомами ускоренного раннего развития. Периоды детских кризов обычно не сопровождались какими-либо явными изменениями поведения и характера.

Еще у 5 (6,1 %) больных преморбидный склад личности был определен как «гипертимный». Он характеризовался повышенным фоном активности, экстравертированностью, преобладанием веселого, жизнерадостного настроения. Эти пациенты отличались разносторонними интересами и способностями, подвижностью, доверчивостью, доброжелательностью, наивностью. Здесь также раннее

развитие протекало без признаков дизонтогенеза или с чертами несколько ускоренного раннего созревания. В детские кризовые периоды отмечалось лишь усиление имеющихся у них личностных черт.

И, наконец, у 3 (3,7 %) больных гебоидофренией тип преморбидной личности был оценен нами как «дефицитарный». У больных, не отличавшихся признаками аутизма, с раннего детства отмечались черты нивелировки всех психических проявлений, снижение психической активности с выраженной эмоциональной бедностью и слабостью свойственных их возрасту влечений, интересов и побуждений, иногда позднего моторного развития. Для такого типа преморбидной личности характерной чертой была задержка раннего развития. Эти пациенты среди сверстников с раннего детства отличались безразличием, отставанием в приобретении навыков и знаний. В школе — трудностями освоения учебного материала. В детские кризовые периоды эти качества обычно усиливались.

Только у одного больного встретился преморбидный склад типа «образцовых» личностей. Как описывает Л. Г. Пекунова (1974), выделившая этот тип преморбидного состояния при изучении юношеской злокачественной формы шизофрении, больные с таким складом личности отличались исключительно гладкой, «образцовой» картиной развития в детстве, были примерны, послушны, покладисты, в меру общительны, хорошо успевали в школе, но на этом фоне можно было отметить определенную эмоциональную нивелированность, отсутствие активной заинтересованности, живости реакции, дифференцированного интереса к окружающему. Не отмечалось у них и проявлений детских возрастных кризов.

Многие исследователи отмечали близкое установленному нами соотношение характеристик преморбидов у больных гебоидной шизофренией. Г. Е. Сухарева и И. В. Шур (1935), L. Bender (1958), P. O'Neal, L. N. Robins (1958), А. А. Александров (1981) также писали о частом наличии среди этих больных лиц, отличающихся с детства чертами возбудимости, неустойчивости. Они не удерживались в коллективе, были злобны, жестоки, трудны в воспитании. Многие авторы также отмечали у таких больных с детства снижение инстинкта самосохранения [Суханов С. А., 1912; Кириченко Е. И., 1968; Щекег К. Р., 1968]. Частота этого типа преморбидов при гебоидофрении, установленная нами, также близка к этому показателю у других исследователей: К. С. Витебская (1958) — 28,6 %; Л. М. Шмаонова (1968) — 30 %. Интересно отметить, что при этой форме в качестве другого относительно частого типа преморбидов многими исследователями отмечен шизоидный склад с астеническими и невротическими чертами и склонностью к аутистическому фантазированию: в 20 % — по

Л. М. Шмаоновой; в 28,0 % —по Л. Г. Пекуновой; в 31,7 % —по нашим данным. Этот склад личности, казалось бы противоположный по своим качествам типу «возбудимых», тем не менее сближают с последним главные общие признаки — выраженная и рано выявляющаяся аномалия характера с признаками нарушенного раннего развития (дизонтогенеза), на которых мы остановимся ниже.

Помимо определения типологии склада личности в преморбиде у изученных больных, мы провели на основе имеющихся клинико-анамнестических данных анализ особенностей их раннего онтогенеза и оценку качества их преморбидного состояния в целом.

В соответствии с типологией картин раннего онтогенеза, разработанной в клинике детского возраста [Юрьева О. П., 1967] и отделении юношеской шизофрении [Иваницкая Т. Ю., 1971; Пекунова Л. Г., 1974] Института психиатрии АМН СССР, обследованные больные распределились следующим образом: только немногим более чем у 1/3. У 32 больных (39,0 %) ранний онтогенез был оценен как нормальный; у 31 больного (37,8 %) выявилась искаженная или диссоциированная картина раннего развития, при которой психическое созревание не только было ускоренным и неравномерным, но и опережало моторное, явно отстававшее у этих больных; у 12 (14,6 %) имелись тотальная задержка раннего психического развития; у 7 (8,6 %) был ускоренный тип онтогенеза.

Проанализированы также особенности протекания у обследованных нами больных детских возрастных кризов (т. е. периодов в 2—4 года и 7—8 лет) в соответствии их с делением по Г. Е. Сухаревой (1965). Оценка последних нами проводилась по следующим условным градациям: нормальные проявления, утрированные проявления, сглаженные и, наконец, патологическое их течение с наличием стертых психотических эпизодов в этот период (навязчивости, страхи, зрительные галлюцинации, кататонические расстройства, двигательное возбуждение, психопатоподобное поведение и др.). При анализе этих данных здесь также выявились большие аномалии раннего развития у обследованных нами больных: в 34,7 % случаев — патологическая, в 17,3 %—утрированная и в 33,6 %—сглаженная картины протекания детских кризовых периодов и только в 14,4 % случаев — нормальная. Анализ показателей, отражающих общую оценку качества преморбидного склада у обследованных нами больных, т. е. с учетом как особенностей раннего онтогенеза и протекания детских кризов, так и глубины и характера преморбидной личностной аномалии в целом, также подтвердил отчетливую аномалию детского развития у большинства больных гебоидофренией. Так, в соответствии с градациями оценки качества преморбидного состояния,

предложенными Л. Г. Пекуновой (1974), здесь можно было говорить, что у 32 больных (39,1 %) преморбидные периоды было трудно отличить от проявлений стертых форм заболевания, так как они представляли собой картину относительно стационарных, но близких к шизофреническому дефекту изменений личности. В этих случаях, как указывали ранее М. Я. Цуцульковская (1967), Г. П. Пантелеева (1973) и Л. Г. Пекунова (1974), можно было предполагать постпроцессуальный склад личности после очень раннего шизофренического процесса. У 33 больных» (40,2 %) можно, было говорить о выраженном отчетливом психопатическом складе личности. Только у 17 больных (20,7 %) личность могла быть определена как нормальная или лишь с легкой акцентуацией личности.

За последнее время появилось много работ, в которых подробно освещается патогенетическое значение преморбида для различных форм течения шизофренического процесса [Молохов Д. Е., 1958; Шаманина В. М., 1966; Шмаонова Л. М., 1968; Пекунова Л. Г., 1974; Bleuler E., 1955; Langfeld G., 1956; Stutte H., 1960]. Также описывались определенные корреляции между качеством преморбида и картиной гебоидного состояния [Плуде В. Я., 1968; Weber D., 1949; Assailli A, 1956; Masterson J. F., 1956, 1968] Для выяснения вопроса о том, участвуют ли и в какой степени преморбиды в патогенезе заболевания у изученных больных, мы обратились к сравнению наших показателей с данными, полученными при исследовании, малопрогредиентной юношеской шизофрении в целом М. Я. Цуцульковской (1967), Л. М. Шмаоновой (1968), Л. Г. Пекуновой (1974), М. Я. Цуцульковской и Э. И. Минскером (1973). Оказалось, что при гебоидофрении не имеется существенной разницы в частоте нарушения раннего развития (дизонтогенеза) по сравнению с больными вялотекущей шизофренией в целом. Удельный вес дизонтогенеза достаточно высок как в наших наблюдениях (61,0 %), так и в группе вялотекущей шизофрении в целом (84 %) и может рассматриваться лишь в качестве фактора, оказывающего влияние на формирование малопрогредиентных форм шизофрении (как показали вышеуказанные исследователи, при юношеских прогредиентных формах этот показатель значительно ниже — 27,0 %).

В то же время можно установить, что больным гебоидофренией свойственно несколько иное, чем при вялотекущей шизофрении в целом, соотношение преморбидных складов личности и, в частности, частоты шизоидного склада в преморбиде и личностей возбудимых с моторной расторможенностью. У обследованных нами больных это соотношение равнялось соответственно 56,1 и 32,9 %, тогда как при юношеской вялотекущей шизофрении в целом, по данным различных

авторов, эти цифры соответственно были равны 74,5—53,2 и 14,2—18,8 %. Таким образом, можно отметить явный перевес в сторону преморбидов типа возбудимых и моторно расторможенных при гебоидофрении.

Также существенные различия были нами выявлены и при оценке качества допубертатного склада личности, т. е. по частоте встречаемости состояний, которые оценивались как психопатические или же как постпроцессуальные. В наших наблюдениях чаще встречался психопатический склад личности и нормальный с акцентуацией (60,9 %) и значительно реже постпроцессуальный (39,1 %), тогда как, по данным указанных выше авторов, в преморбиде вялотекущей шизофрении в целом значительно преобладают так называемые «стертые» формы заболевания (или постпроцессуальные состояния) в 61,0—66,4 % случаев против 30,8—39,0 % уровня психопатических или слегка акцентуированных состояний.

Различия по указанным показателям, выявленные при таком сопоставлении, позволяют предполагать определенную патогенетическую зависимость гебоидного варианта юношеской малопрогрессирующей шизофрении (гебоидофрении) от психологической структуры и качества преморбиды. Подкрепляющими эту точку зрения являются установленные четкие корреляции между этими показателями и различным характером течения шизофрении с гебоидным синдромом. Как показало сопоставление, психологическая структура склада личности в допубертатном периоде и ее качественное состояние были неодинаковыми при выделенных нами двух вариантах гебоидофрении. Среди больных с затяжными гебоидными приступами в сравнении с больными с вялотекущей гебоидофренией преобладали лица «шизоидного» склада и особенно мозаичного или диссоциированного шизоидов: 40,0 % против 29,9 % случаев. Причем в первой группе больных преморбидное состояние не выходило за рамки нормального развития с акцентуацией в 32,0 % случаев, тогда как во второй группе наблюдений такая качественная оценка преморбиды имела лишь в 16,3 % случаях. Различными оказались эти группы и по особенностям раннего онтогенеза — при затяжных приступах преобладал ускоренный и искаженный дизонтогенез — соответственно 12,0 % и 52,0 % против 7,1 % и 31,6 % при вялотекущей гебоидофрении. В то же время замедленный дизонтогенез встречался значительно чаще при вялотекущей гебоидофрении: 19,3 % против 4,0 % при затяжных гебоидных приступах.

Указанные варианты гебоидофрении отличались друг от друга и по характеру протекания детских возрастных кризов и по частоте отмеченных в эти периоды психотических эпизодов. У больных затяжными гебоидными приступами в 40,0 % случаев

течение детских критических фаз было утрированным и сопровождалось эпизодическими психотическими расстройствами без последующих изменений личности. В то время как в наблюдениях, отнесенных к вялотекущей гебоидофрении, проявления детских кризов в преобладающем большинстве случаев были стерты (в 55,5 %).

Указанные различия по разным параметрам в характере допубертатного склада личности, свойственные двум разным по течению вариантам гебоидофрении, могут служить подтверждением патогенетической роли отдельных свойств преморбида в возникновении и развитии шизофрении с гебоидными состояниями. Это положение особенно наглядно становится при сравнении преморбидных периодов больных гебоидофренией с преморбидными особенностями больных юношеской злокачественной шизофренией, у которых допубертатный склад личности значительно реже обнаруживал признаки дизонтогенеза и исчерпывался в основном преморбидом типа «образцовых», близких к описанному Крепелином (1915) типу «образцовых» детей, а также «дефицитарных» личностей.

При оценке наследственного фона больных использовалась типология манифестных и неманифестных расстройств среди ближайших родственников, разработанная генетическим отделом Института психиатрии АМН СССР [Шахматова И. В. и др., 1971]. Родителей пробандов мы оценивали в соответствии с градациями, принятыми И. В. Шахматовой (1972) и В. Л. Шендеровой (1974) по критерию тяжести или глубины личностных изменений. У 23 обследованных больных (22,1 %) отмечалась наследственная отягощенность шизофренией среди отцов и матерей, т. е. в I степени родства. У 42 больных отмечалась отягощенность шизофренией во II степени родства (40,4 %). Среди родственников у 12 больных (11,5 %) были суициды, у 10 (9,6 %) — неуточненные психозы, у 6 (5,8 %) — эпилепсия.

Из 208 родителей 104 пробандов 23 страдали шизофренией. Преобладали вялотекущие формы шизофрении — 13 больных, у 8 была приступообразная шизофрения и лишь у 2 — непрерывная прогрессирующая шизофрения. О высокой наследственной отягощенности у больных с тяжелыми расстройствами поведения также писали многие авторы [Ziehen Th., 1924; Schwenk A., 1952; Vogl M., 1956; Glatzel J., 1969, и др.].

J. Prichard (1835), K. Kahlbaum (1890), G. Rinderknecht (1920), F. Meggendorfer (1921), К. С. Витебская (1958), Г. Е. Сухарева (1961), Эйдемиллер (1978) наряду с наследственной отягощенностью шизофренией у данного контингента больных подчеркивали большую частоту «ненормальных характеров» у их

родителей.

Лишь 59 из остальных 185 родителей можно было оценить как «нормальных» или акцентуированных личностей. У 126 родителей отмечались явные признаки личностной аномалии. У 69 родителей личность была оценена как психопатическая, у 57 — как «стертая» форма шизофренического процесса. Под «стертой» формой подразумевался склад личности, характеризующейся нерезко выраженными негативными шизофреническими изменениями. В анамнезе у этих лиц были указания на перенесение ими состояний, похожих на шизофренические, однако эти лица не имели официального диагноза шизофрении и никогда не обращались к психиатрам. «Стертая» форма вполне соответствует понятиям латентной или постпроцессуальной шизофрении. При сопоставлении семейного фона больных обеих вариантов гебоидофрении оказалось, что по частоте шизофренических психозов в целом и отдельно по формам шизофрении обе группы находятся в одинаковом положении. Также не обнаружено различий и при исследовании удельного веса аномального склада личности (шизоидного и близкого к постпроцессуальному) среди всех психопатических состояний ближайших родственников больных. Таким образом, эти данные не дают возможности с уверенностью связать различия в качестве допубертатного склада личности в обеих группах лишь с особенностями семейного фона больных. По-видимому, здесь имеют место более сложные патогенетические зависимости и одинаково правомерным можно считать предположение как о конституционально-генетической обусловленности преморбидных свойств личности больных каждого из вариантов гебоидофрении, так и о раннем шизофреническом процессе, повлекшим за собой нарушение онтогенеза и формирование особого склада личности. Этот сложный вопрос, естественно, не может быть разрешен в рамках настоящей работы и требует своего специального изучения на всех уровнях клинко-биологических исследований.

Сопоставление семейного фона при гебоидофрении с особенностями наследственного отягощения при юношеской малопрогредиентной шизофрении в целом позволило установить существенные отличия его в изученной группе больных наряду с чертами сходства. Общий характер семейного фона, свойственный вообще больным малопрогредиентной шизофренией, имел место и в наших наблюдениях. У родственников больных гебоидофренией также встречался значительный процент вялотекущих форм шизофрении и особых аномалий личности, характеризующихся преобладанием лиц шизоидного склада и близкого к нему постпроцессуального. Обращало на себя внимание большое сходство указанных аномалий характера у родителей с преморбидным складом

личности самих больных, что позволяет связывать его особенности с конституционально-генетическими факторами. Вместе с тем выявилась значительная атипия семейного фона больных гебоидофренией по отношению к основным формам шизофрении и, в частности, к вялотекущей форме. Это обстоятельство позволило говорить о значении наследственных факторов в патогенезе гебоидной формы шизофрении.

Прежде всего обратил на себя внимание большой процент накопления шизофренических психозов у родителей по сравнению с малопрогрессирующими (вялотекущими) формами шизофрении в целом. В наших наблюдениях он равнялся 22,1 %, в то время как для вялотекущей шизофрении в целом он равен всего 4—10 % [соответственно данные М. Я. Цуцельковской, 1967; и Шендеровой В. Л., 1973]. По этому показателю наследственного отягощения наши наблюдения больше сближались с шубообразными формами шизофрении, о чем свидетельствовал также и значительный полиморфизм форм шизофренических психозов у их родителей, который И. В. Шахматовой (1970) рассматривается как наиболее характерный для приступообразного течения у пробанда. Мы установили больший процент шизофренических психозов у родителей по сравнению с сибсами (соответственно в 22,1 и 11,15 %), в то время как для непрерывнотекущей шизофрении у пробанда более характерны обратные соотношения [Шахматова И. В., 1970].

В современной зарубежной литературе, главным образом американской, где гебоидные состояния при шизофрении вместе с психопатическими расстройствами нередко объединяются под общей рубрикой «отроческого смятения», или «пубертатных трудностей», большое значение в развитии их придается факторам внешней среды, «семейной дезорганизации», условиям воспитания, социальным факторам и т. п., которые обычно трактуются с позиций психодинамизма и экзистенциализма [Debesse M., 1958; Stockert F. G., 1961; O'Neal P., Robins L. N., King L. J., Schaefer J., 1962; Strotzka H., 1965; Barter J., 1968; Guyotat J. et al., 1968; Stabenau J. R., Pollin W., 1969; Birtchnell J., 1970; Lindinger H., 1972, и др.]. Переоценка роли внешних факторов в патогенезе психических заболеваний, в частности шизофрении, приводит ряд исследователей к утверждению, что шизофрения является не только биологической болезнью, но и социальной [Winkler W. Th., 1967]. Такой подход, по справедливому замечанию В. В. Бориневича (1963) и Н. М. Жарикова (1966), отдаляет от биологического понимания механизма заболевания и позволяет неоправданно расширять рамки психических расстройств. Тем не менее в отношении гебоидофрении, с учетом близости ее проявлений к пограничным состояниям в пубертате, такой анализ роли микросоциальных факторов в ее генезе был

необходим.

Поскольку наблюдаемые нами больные находились в одинаковых макросоциальных и экологических условиях и имели примерно одинаковый образовательный уровень, при выяснении роли внешних факторов в генезе гебоидных состояний при шизофрении юношеского возраста мы сосредоточили внимание на анализе данных о наличии или отсутствии тех или иных наиболее часто отмечаемых рядом авторов неблагоприятных микросредовых факторов и психогений, предшествующих развитию гебоидных расстройств при обоих вариантах течения. Как показал анализ полученных показателей, удельный вес каждого из неблагоприятных микросоциальных моментов в наших наблюдениях был незначителен. Согласно этим данным, нельзя было говорить об определенной патогенетической роли неблагоприятных внешнесредовых факторов при шизофрении с гебоидными расстройствами как в целом, так и при каждом из ее вариантов в отдельности. В большинстве случаев (77,5 %) больные воспитывались в хороших материальных условиях при достаточно высоком образовательном уровне родителей (81,6 %). Алкоголизм у родителей выявлялся всего в 10,4 % наблюдений. Такие факторы, как «неполный дом», наличие «тирана-отца» и другие, различные типы неправильного воспитания в семье у исследованных больных встречались в незначительном проценте случаев (соответственно в 26,8, 5,8 и 19,7 %). В то время как при формировании психопатий в пубертатном возрасте эти факторы занимают значительное место [Гиндикин В. Я., 1967; Гурьева В. А., 1971; Твердохлебов В. И., 1971; Ковалев В. В., 1981]. Наши данные совпадают с выводами А. J. Costello, J. Gunn, J. Dominiani (1968) и Д. Романо, А. Бабиджан, Г. Одороф (1971) о том, что различные семейные факторы, «социальные стрессы» не играют роли в развитии шизофрении в юношеском возрасте.

Что касается факторов психогенного травмирования, которые при формировании психопатий в подростковом — возрасте имеются в 39,7 % случаев и больше [Гурьева В. А., 1971], то в наших наблюдениях число психогений, предшествующих развитию гебоидного состояния, было незначительным (5,2 % случаев). Поэтому мы склонны присоединиться к мнению J. F. Masterson (1956) и Н. Stutte (1959), утверждающих, что отношения между родителями и ребенком, так же как и душевные потрясения, не являются решающими при шизофрении с гебоидными состояниями. Как известно, и К. Kahlbaum (1890) не придавал решающей роли фактору плохого воспитания при гебоидофрении, а подчеркивал в наблюдаемых им случаях «стремление и способность родителей к тщательному воспитанию». А. F. Meggendorfer (1921) отмечал, что больные «паратимией» (гебоидофренией в современном понимании) в большинстве случаев происходят из

«высокоаристократических семей».

Среди патогенетических механизмов развития гебоидного состояния при шизофрении рядом исследователей значительное место отводится церебрально-эндокринным нарушениям, повышенной активности церебрально-эндокринных систем, резкому эндокринному сдвигу с явлениями ускоренного полового созревания [Витебская К. С., 1958; Сухарева Г. Е., 1961, 1962; Мамцева В. Н., 1964; Лебединская К. С., Ротинян Н. С., Немеровская С. В., 1970; Illchmann-Christ A., 1952]. В то же время ряд других авторов отрицают роль эндокринопатий в происхождении шизофрении с гебоидными расстройствами [Stutte H., 1960; Gayral L., 1972]. F. Held (1968) рассматривал нарушение эндокринных функций в пубертатном возрасте как симптом и следствие дисгармонической пубертатной фазы наряду с психическими и невротическими расстройствами. W. Kretschmer (1972) считает невозможным разрешить этот вопрос определенно, но склонен думать, что прямой корреляции между нарушением полового созревания и развитием гебоидного состояния нет. Он ссылается на тот факт, что у 55 % подростков вообще наблюдаются признаки нарушенного созревания [Steinwacks F., 1962], а шизофренией заболевают среди них только 1 %.

Конечно, невозможно полностью отрицать наличие и значение эндокринной перестройки организма в период такого значительного в жизни изменения, какой является пубертатная фаза развития, ведущая за собой изменения в физиологических, морфологических, анатомических структурах. Однако важным является вопрос о том, насколько влияет эндокринная перестройка на формирование гебоидного синдрома при шизофрении. По данным К. С. Лебединской, Н. С. Ротинян, С. В. Кемеровской (1970), гебоидный синдром при шизофрении встречается у подростков с явлениями ускоренного полового метаморфоза чаще, чем у больных с обычным темпом полового созревания.

Для получения объективных показателей уровня физической зрелости, в первую очередь показателей половой зрелости больных с гебоидным состоянием при шизофрении, было проведено стоматоскопическое, антропометрическое и гормональное обследование 52 больных из общего числа всех наблюдаемых нами (обследование проводилось сотрудником Института клинической психиатрии ВНЦПЗ АМН СССР Э. И. Минскером). Исследование проводилось по методу Декура и Думика, определялся андрогенный показатель по Таннеру и непосредственно определялось содержание гормонов в моче. При сравнении полученных данных с соответствующими показателями по всей группе юношеской малопрогрессирующей шизофрении (95 больных) оказалось, что по всем обследованным

признакам (нарушение физического и полового развития в целом, нарушение пропорций тела, задержка полового и физического развития) группа больных гебоидофренией выглядит более благополучно. Сбор подробных анамнестических сведений, со слов больных и их родственников, дал возможность лишь у 36 больных получить данные о наличии у них признаков преждевременного полового развития. Таким образом, оказалось, что нельзя говорить, что для гебоидов более характерно нарушение физического и полового созревания, поскольку соматоэндокринный фактор у них менее выражен, чем во всей группе юношеской малопрогрессирующей шизофрении. Следует отметить, что в возрасте 17—18 лет и старше, к которому относится время обследования большинства изученных нами больных, естественно, не представлялось возможным с уверенностью судить о наличии у них на более ранних этапах развития признаков ускоренного полового созревания. Однако ретроспективные анамнестические данные и ряд других косвенных данных позволяют предполагать, что явления ускоренного полового метаморфоза не играли ведущей роли в патогенезе гебоидных состояний при юношеской шизофрении.

Согласно нашим данным, начало гебоидного состояния в 3/4 случаев приходилось на возраст 13 лет и старше, а отчетливая манифестация его происходила уже после 15 лет.

Следовательно, исходя из факта тесной хроногенной зависимости возникновения гебоидного состояния от пубертатной фазы, начинавшейся и в норме в возрасте 13—15 лет, также не было оснований говорить о наличии у больных гебоидофренией явлений ускоренного полового метаморфоза.

Таким образом, сопоставление различных эндогенных и экзогенных факторов, имеющее целью выяснение степени их возможного участия в патогенезе юношеской шизофрении, протекающей с гебоидными расстройствами, обнаружило определяющее значение показателей конституционально-генетического порядка, составляющих внутренние условия развития заболевания в этих случаях. В то же время не установлено решающего влияния на патогенез различных внешних моментов.

Следует подчеркнуть, что среди отдельных эндогенных факторов, безусловно, одно из ведущих мест принадлежит возрастному фактору, заключающему в себе широкий комплекс влияний как биологической перестройки, связанной с процессом роста организма в целом, так и уровня развития психических функций и степени их зрелости на данном этапе онтогенеза, а также ряд психологических особенностей данного критического периода. Значение возрастного фактора в наших наблюдениях нельзя ограничить патопластической ролью [Малахольцев А. П.,

1936; Lange J., 1943; Weber D., 1955; Schwarz H., 1965, и др.] и говорить лишь о модификации психопатологических расстройств под влиянием возраста дебюта. При сопоставлении наших наблюдений с формами шизофрении, начавшейся в другие возрастные периоды — детский [Вроно М. Ш., 1971], зрелого возраста [Дружинина Т. А., 1970], поздний [Штернберг Э. Я., 1981], оказалось, что гебоидный синдром не встречается ни в каком другом возрасте, кроме пубертатного, и является, таким образом, специфическим для юношеского периода. Как было показано в предыдущих главах, особенности симптоматики гебоидного состояния, представляющей собой видоизмененные до психотического уровня проявления психологических пубертатных свойств, тесная спаянность картины заболевания с особенностями проявления биологически обусловленной пубертатной фазы развития и почти точное совпадение течения заболевания по времени с динамикой критического периода полового созревания, отсутствие гебоидного синдрома. В другие возрастные периоды — все это говорит об особом патогенетическом значении фактора возраста и механизмов пубертатного криза в происхождении шизофрении с гебоидными расстройствами, определяющих как возникновение, клинические проявления, так и течение болезни.

Конечно, возрастной фактор — пубертатный возраст — не является единственным, участвующим в патогенезе гебоидофрении, и тем более не может рассматриваться в качестве этиологического момента, как это считал, например, W. Warren (1949). Сам по себе фактор созревания, являясь нормальным биологическим процессом, не может явиться причиной заболевания, но, нарушая «равновесие» организма, его реактивность, в сочетании с другими патогенетическими механизмами может привести к реализации заболевания, на что неоднократно указывали Г. Е. Сухарева (1970, 1972), а также К. Jaspers (1946), Н. Stutte (1959); N. M. Wertheimer (1962), Н. J. Weitbrecht (1963) и др.

Как показали проведенные нами исследования, в происхождении малопрогрессирующей гебоидной шизофрении участвуют и факторы наследственного отягощения и преморбида, обнаруживающие несомненную «генетическую близость с шизофренией» [Снежневский А. В., 1972] и указывающие на общность их патогенетических механизмов [Наджаров Р. А., 1964; Шахматова И. В., 1972; Штернберг Э. Я., 1981, и др.]. Но в то же время, как мы уже отмечали, патогенетические закономерности, установленные в наших наблюдениях, обнаруживали сходство как с вялотекущими (малопрогрессирующими), так и с шубообразными формами, хотя и не были типичными ни для одной из них.

Мы уже отмечали те особенности, которые не позволяли

безоговорочно относить случаи шизофрении с гебоидными состояниями к вялотекущей (непрерывной) шизофрении юношеского возраста в обычном ее понимании. Хотя мы более всего склонны рассматривать описанные нами случаи как ближе всего стоящие к полюсу шубообразной шизофрении, тем не менее необходимо подчеркнуть, что и здесь мы не имели всех «классических» признаков, делающих диагностику приступообразной формы бесспорной. Прежде всего это относилось к клиническим признакам приступов, которые при типичном шубообразном течении характеризуются манифестными психозами с отчетливой аффективной, бредовой, галлюцинаторной и другой симптоматикой. Кроме того, течению шизофрении в форме приступов присуща повторность их с неуклонным усложнением психопатологической картины и прогрессирующим нарастанием ухудшения с деструктивными тенденциями, составляющими основу прогрессирующих психических заболеваний [Каннабих Ю. В., 1933; Снежневский А. В., 1968; Mauz F., 1930; Bleuler M., 1969]. Картина болезни в наших наблюдениях ограничивается неспецифическими для шизофрении симптомами преувеличенного до патологического уровня пубертатного криза. Не наблюдается последовательного усложнения психопатологических проявлений. Эти случаи нельзя отнести полностью к непрерывно-текущим, поскольку весь активный период болезни ограничивается, по сути, лишь возрастом полового созревания и затем процесс затухает в большей или меньшей степени. Повторности приступов или обострения заболевания в дальнейшем не отмечается.

На современном уровне наших теоретических представлений о шизофрении здесь можно было говорить о своеобразной разновидности ее шубообразного течения в виде единственного пролонгированного приступа, связанного с пубертатной фазой развития, с последующей остановкой процесса. Своеобразие этих форм, однако, заключается не только в том, что приступ болезни был единственным на протяжении всего заболевания. О возможности «одношубного» течения шизофрении, особенно в молодом возрасте, говорили многие авторы [Молчанова Е. К., 1967; Scholz L., 1897; Kraepelin E., 1913; Mauz F., 1930; Mayer-Gross W., 1932; Jaspers K., 1938; Zeh W., 1957; Stutte H., 1959; Spiel N., 1963, и др.]. Главная особенность течения шизофрении с гебоидными состояниями заключается в том, что вся болезнь в своих проявлениях и динамике тесно взаимосвязана с периодом полового созревания и только им по существу ограничивается. Имеет место свой особый стереотип развития заболевания (гебоидного состояния) с последующим формированием особого склада личности со специфическими для шизофрении (негативными) изменениями.

Полученные данные позволяют говорить о выделении описанных

нами случаев в отдельную специфическую возрастную форму шизофрении в рамках ее малопрогредиентного течения, клинически проявляющуюся картиной развернутого гебоидного синдрома, и обозначить ее как гебоидную форму, или гебоидофрению.

Выделение отдельных возрастных форм вялотекущей шизофрении имеет и большое практическое значение в связи с задачами прогноза, так как последние имеют отличный от обычных вялопрогредиентных форм характер течения и исход и при решении практических вопросов требуют иных терапевтических и социально-трудовых рекомендаций.

Подтверждением высказанной трактовки гебоидной формы шизофрении, с нашей точки зрения, является наличие и других специфических форм юношеской малопрогредиентной шизофрении, имеющих сходное течение и различающихся лишь синдромологически. В клинических проявлениях этих форм различные видоизмененные симптомы пубертатного криза (становление самосознания, повышенное внимание к своим физическим данным и внутреннему миру, осознание философских, этических и социальных категорий, своего места в общественной жизни и т. д.) представлены в различных пропорциях, но с резким «выбросом» одного из них, который и определяет синдромальную картину. К ним относятся случаи юношеской благоприятно текущей шизофрении с деперсонализацией в виде резкого изменения сознания «Я» [Воробьев В. Ю, 1971], псевдопсихастенические картины с элементами юношеской болезненной рефлексии и утрированным самонаблюдением [Пантелеева Г. П., 1965], случаи малопрогредиентной шизофрении юношеского возраста с дисморфофобическими проявлениями сверхценного характера [Морозов П. В., 1976] с симптомами так называемой юношеской метафизической интоксикации [Дубницкий Л. Б., 1977], т. е. целый ряд так называемых пубертатных психозов, приуроченных к пубертатной фазе развития и не встречающихся ни в какие другие возрастные периоды, которые обладают теми же закономерностями течения, что и описанная нами гебоидная форма шизофрении. В этой связи наши наблюдения правильнее было бы рассматривать лишь как синдромальный вариант отдельной возрастной формы шизофрении, в патогенезе которой решающее значение принадлежит возрастному фактору развития и наследственно-конституциональным влияниям.

Критерии прогноза гебоидного синдрома в дебюте юношеской шизофрении

Гебоидная шизофрения

Пантелеева Г.П.,
Цуцульковская М.Я., Беляев
Б.С.

Многими исследователями наличие в картине дебюта юношеской шизофрении гебоидных проявлений расценивалось

как показатель неблагоприятного течения болезни [Сухарева Г. Е., 1937; Шмаонова Л. М., 1968, и др]. В то же время, уже в первом клинико-эпидемиологическом исследовании в этом плане, проведенном А. Н. Поповой и Л. М. Шмаоновой (1969), было показано, что прогноз гебоидных состояний при юношеской шизофрении различен и зависит от структуры синдрома и степени выраженности негативных расстройств на инициальном этапе

болезни. В современной психиатрической литературе все чаще встречаются мнения в пользу высказанного Е. Bleuler (1920) положения о неоднородности различных синдромологических понятий, их существенных различиях в рамках отдельных форм течения психических заболеваний, в частности шизофрении [Снежневский А. В., 1955; Сухарева Г. Е., 1959; Жислин С. Г., 1960; Морозов В. М., 1967; Наджаров Р. А., 1967, 1969, и др.].

Проведенное клиническое сопоставление проявлений гебоидного состояния при различных формах шизофрении выявило определенную зависимость формирования клинической картины гебоидных расстройств от степени прогрессивности процесса. Исследование показало, что гебоидный синдром — это сборная группа состояний, которая не может рассматриваться как прогностически единое клиническое понятие, поскольку несет неодинаковую информацию о дальнейшем течении заболевания. Как оказалось, различия клинических вариантов гебоидного состояния определяются разным соотношением в его структуре, собственно его продуктивных расстройств (т. е. видоизмененных до патологического уровня психических пубертатных свойств), и специфических для шизофрении негативных симптомов и аффективных нарушений. Поэтому решение прогностических вопросов нужно строить не только на факте наличия гебоидного синдрома вообще, но путем определения того или иного имеющего качественные отличия его варианта. В клинически наиболее завершенном виде гебоидное состояние при малопрогрессирующем течении шизофрении представлено в ее основной группе — при затяжных пубертатных гебоидных приступах (аффективно-гебоидный и «чисто» гебоидный варианты). Здесь оно сохраняет наибольшую связь своей психопатологической структуры с психическими свойствами переходного пубертатного возраста. При прогрессирующих же формах течения шизофрении гебоидный синдром предстает в резко видоизмененном виде и по существу утрачивает свойства, позволяющие определять это состояние как гебоидное. Клинические проявления его крайне бедны, по сути выступают лишь в виде расстройства влечения и представляются наиболее атипичными по отношению к психологическим свойствам пубертатного возраста.

В прогностическом плане в отношении прогрессивности процесса и, следовательно, степени выраженности негативных

расстройств описанные нами клинические варианты гебоидного состояния можно в направлении нарастания тяжести расстройств расположить в следующем порядке: аффективно-гебоидное состояние, «чисто» гебоидное состояние, редуцированно-гебоидное состояние и дефектно-гебоидное состояние. Такому порядку соответствует и преобладающий характер отдельных психопатологических симптомов при этих вариантах гебоидного синдрома, которые, хотя и относятся к психопатоподобному уровню расстройств, но соответственно степени их «утяжеления» обнаруживают динамику от сверхценных образований с одержимостью до нарушения влечения с характером их усиления, затем расторможения и далее непреодолимости, а впоследствии принимают характер стереотипии или импульсивных поступков.

Прогностические различия гебоидных состояний определялись также и их неодинаковой клинической сущностью. При пубертатных гебоидных приступах развернутый гебоидный синдром (варианты аффективно-гебоидного и «чисто» гебоидного состояния) выступал в структуре пролонгированного приступа и его психопатологические проявления были выражением активного течения болезни, носили «генерализованный» характер, охватывая все стороны поведения больного. При вялотекущей гебоидофрении гебоидное состояние (вариант редуцированно-гебоидного состояния) можно было рассматривать скорее как результат возрастной динамики вялого течения. Степень генерализации патологического процесса здесь выступала в более ограниченном виде, поэтому форму патологического симптома принимал по существу только один из признаков «пубертатного» поведения больного, выступая в виде сверхценности или нарушения влечения при сохранении лишь в утрированном виде остальных свойств пубертатной психики. Причем, чем на более дефектном фоне развивалось гебоидное состояние у этих больных, т. е. чем более были выражены у них предшествующие изменения личности в виде эмоциональной бедности, недостатка психической активности, замкнутости и отгороженности от окружающих, тем отчетливее редуцированно-гебоидное состояние сближалось по своим проявлениям с симптоматикой псевдогебоидного состояния при злокачественно текущей шизофрении, хотя и не достигало той степени шизофренического слабоумия, которое было определяющим в картине дефектно-гебоидного состояния.

Из всего изложенного становится особенно важным учет структуры и динамики гебоидного состояния, которые помогают в установлении общепатологических закономерностей болезни в каждом случае. На примере различных вариантов гебоидного состояния становится очевидным, что констатация какого-либо одного признака гебоидного синдрома, в частности нарушения

влечения, не несет еще прогностической информации. Необходима оценка в первую очередь структуры гебоидного синдрома в целом и характера отдельных гебоидных проявлений (например, нарушения влечения могут выступать то в виде простого подражания, то в виде расторможения свойственных данному возрасту и в норме влечений, или же принимать вид неодолимых стремлений, а в некоторых случаях становиться импульсивными).

Важно не только учитывать степень тяжести отдельных симптомов, но и степень генерализации патологического состояния. При варианте развернутого гебоидного состояния, выступающего в клинической картине затянувшегося пубертатного шуба, хотя динамика гебоидных расстройств идет от психопатоподобных проявлений до сверхценности влечений и далее к стереотипиям и импульсивным поступкам, однако уровень расстройств остается постоянно неглубоким, ограничивается регистрами аффективных и психопатических проявлений. А при злокачественно текущей шизофрении импульсивный характер влечений в структуре псевдогебоидного состояния сочетается с полиморфизмом проявлений более глубоких по уровню бредовых и кататонических расстройств, т. е. выступают уже в рамках более сложного синдрома, свидетельствующего о большей глубине нарушения психической деятельности и большей прогрессивности процесса.

Однако было бы неправильно прогноз гебоидных состояний однозначно ставить в зависимость только от темпа развития процесса и глубины поражения психической деятельности. Не меньшее значение имеют и биологические свойства головного мозга, степень зрелости мозговых структур ко времени начала болезни. Взаимоотношение между деструктивными тенденциями заболевания (шизофрении) и эволюцией психических функций, биологически свойственных возрастной фазе развития в норме, характерное для заболеваний переходного возраста, особое своё выражение получило при более раннем развитии болезни, совпадающем с первой фазой пубертатного возраста. В раннем пубертатном возрасте, соответствующем еще только началу созревания личности, последняя была наиболее уязвима для патологического процесса, что при прочих равных условиях вело к более тяжелому нарушению психической деятельности, чем при развитии заболевания в позднем пубертатном возрасте, в третьей фазе его, когда процесс созревания функций головного мозга уже был близок к завершению.

В наших наблюдениях клинически это находило отражение в различном прогностическом значении психопатологических типов гебоидного состояния («ранних», «средних» и «поздних» гебоидов), которые отражали, как уже указывалось, психическое содержание различных фаз переходного возраста и,

следовательно, различную степень зрелости психических функций в процессе их онтогенеза. Так, прогностически наиболее неблагоприятными являлся тип «ранних» гебоидов, соответствующий нарушению психической деятельности на более раннем этапе ее становления. Как уже отмечалось, тип «ранних» гебоидов сопровождался большей выраженностью негативных изменений и более значительной степенью задержки психического развития, чем это имело место при типе «поздних» гебоидов. При злокачественно текущих формах шизофрении гебоидные расстройства были представлены преимущественно симптомами, свойственными типу «ранних» или «средних» гебоидов. Нарушения влечения отражали в своем содержании интересы, свойственные первой и второй фазам пубертатного возраста (воровство, сексуальные влечения, тяга к алкоголю), в то время как влечений интеллектуального характера, свойственных «поздним» гебоидам, при злокачественном течении шизофрении не отмечалось.

Кроме того, можно говорить, что сам преморбидный склад личности у больных имеет определенную прогностическую информацию. Так, если психологические особенности допубертатного периода по их качеству были ближе к психопатическим личностям типа возбудимых с неустойчивостью и моторной расторможенностью, а детские возрастные кризы при этом сопровождались психотическими эпизодами, то больше данных предполагать в дальнейшем относительно благоприятное течение гебоидофрении в форме протрагированного гебоидного приступа. В тех же случаях, когда в преморбиде имел место выраженный шизоидный склад личности, близкий к постпроцессуальному, а проявления детских критических фаз были стерты, можно скорее думать, что гебоидное состояние при развитии шизофрении в юношеском возрасте будет выступать в виде вялого течения с очень медленной, растянутой на годы прогрессивностью.

Для определения критериев дифференциального диагноза гебоидофрении с гебоидными состояниями в дебюте прогрессивных форм юношеской шизофрении мы использовали данные сопоставления клинической картины гебоидного синдрома в основной группе наших наблюдений — у больных гебоидофренией, — с особенностями гебоидных расстройств в инициальном этапе юношеской приступообразной, юношеской злокачественной, юношеской параноидной шизофрении. Подробное описание этих состояний было дано нами в главе VI. Здесь же мы остановимся на основных критериях их отличий и их статистических обоснованиях.

Ввиду частоты течения гебоидофрении с психотическими включениями, здесь с особой остротой встает вопрос о дифференциации этих случаев от инициальных проявлений

юношеской приступообразной шизофрении с гебоидным дебютом заболевания, сходным с проявлениями гебоидных расстройств при гебоидофрении. Для решения этих задач мы провели сопоставление по ряду клинических, клинко-патогенетических и возрастных параметров случаев гебоидофрении (104 больных) и контрольной группы больных юношеской приступообразной шизофренией с гебоидным дебютом (22 больных), выделенной нами из общей когорты клинко-катамнестически обследованных больных юношеской приступообразной шизофренией [Михайлова В. А., 1979].

Сравниваемые группы существенно отличались по типу гебоидного состояния. При гебоидофрении чаще встречались редуцированно-гебоидный и аффективно-гебоидный типы: соответственно у 54 и 31 больного, тогда как при юношеской приступообразной шизофрении с гебоидным дебютом редуцированно-гебоидные состояния совсем не встречались, а аффективно-гебоидные — наблюдались лишь у 2 больных.

Начало заболевания относилось к первой фазе пубертатного периода в возрасте 11 — 13 лет; при гебоидофрении — у 66 больных (63,5 %), а при приступообразной форме только у 10 больных (45,4 %). Хотя по возрасту больных ко времени первого стационарирования между сравниваемыми группами не обнаружено существенных отличий, важно подчеркнуть, что в то время как при гебоидофрении первое стационарирование во всех случаях было обусловлено лишь разворачиванием гебоидных расстройств, при юношеской приступообразной шизофрении только 6 больных были стационарированы на этапе гебоидных расстройств, остальные 16 больных госпитализированы в связи с манифестным психотическим приступом. Это свидетельствует о том, что у последних гебоидные расстройства не были столь массивны, как при гебоидофрении. Данное положение также подтверждает различие групп по уровню негативных изменений при первичном обследовании, свидетельствующих о тяжести гебоидного состояния у больных (оценка уровня негативных изменений дана в условиях их градациях, см. с. 141. Так, при юношеской приступообразной шизофрении с гебоидным дебютом чаще наблюдались сравнительно легкие уровни.

Практическое отсутствие негативных изменений, легкая аутизация и эмоционально-волевое обеднение отмечены у 5 больных (22,9 %) против 4 больных (3,8 %) при гебоидофрении.

Сравниваемые группы также различались по частоте транзиторных эндогенных психотических эпизодов на фоне гебоидных расстройств и длительности болезни к моменту их первого появления. Так, при гебоидофрении они наблюдались у 25 больных (24,0 %) против 3 больных (13,6 %) при гебоидном типе инициального этапа юношеской приступообразной шизофрении. Причем к моменту их появления длительность болезни у последних была значительно большей: 10—15 лет у 66,7 % больных против 10,8 % при гебоидофрении.

Наметилось также отличие сравниваемых групп по частоте возникновения транзиторных экзогенных психозов на фоне гебоидных расстройств и по их характеру. Так, оказалось, что при гебоидофрении, по сравнению с юношеской приступообразной шизофренией с гебоидными дебютами, экзогенные психозы встречаются несколько чаще (27,7 % против 22,7 %). По отягощенности шизофренией у родственников I степени родства группы не обнаружили существенных различий, тем не менее соотношение форм шизофрении среди больных шизофренией родителей пробандов оказалось различным: при гебоидофрении с большой частотой встретились вялотекущая и приступообразная форма, в то время как у родителей больных юношеской приступообразной шизофренией с гебоидным дебютом во всех случаях форма шизофрении у родителей была приступообразной. При сравнении групп по складу личности родителей больных без манифестных форм шизофрении обнаружилось некоторое накопление родителей с выраженной аномалией личности, близкой к постпроцессуальному складу («стертая форма») при гебоидофрении: в 30,8 % против 17,9 % при юношеской приступообразной шизофрении с гебоидным дебютом.

Таким образом, на основании сопоставления по ряду клинических, клинико-патогенетических и хроногенных параметров гебоидофрении с соответствующими показателями при юношеской приступообразной шизофрении с гебоидным инициальным этапом установлено, что в качестве значимых признаков, свидетельствующих о тенденции к сохранению течения заболевания в рамках гебоидофрении, могут быть использованы: тип гебоидного состояния; длительность инициальных гебоидных расстройств, наличие и частота возникновения на их фоне экзогенных и эндогенных эпизодов и характер последних, типология преморбидного состояния больного и особенности его раннего онтогенеза, а также характер его наследственного отягощения шизофренией. Перечисленные признаки, взятые в совокупности, можно рассматривать в качестве критериев вероятностного прогноза сохранения течения в рамках гебоидофрении, что особенно важно в случаях, протекающих с эндогенными психотическими включениями.

Не менее важным являлось определение критериев раннего прогноза заболевания в тех случаях, когда требовалось выяснение, является ли гебоидное состояние в юности проявлением относительно благоприятного, вялого течения заболевания в рамках юношеской малопрогрессирующей шизофрении (гебоидофрении) или это лишь начальный этап неблагоприятного манифестного течения в рамках юношеской злокачественной или параноидной шизофрении. Для установления опорных критериев такого разграничения мы

провели сопоставление случаев гебоидофрении с группами больных юношеской злокачественной (19 больных) и параноидной (27 больных) шизофренией с гебоидными дебютами по всем основным клиническим и клинико-патогенетическим параметрам заболевания.

Несмотря на формальное совпадение начального синдрома при гебоидофрении и гебоидных дебютов юношеской прогрессивной шизофрении (в обоих случаях речь шла о начале заболевания с гебоидного синдрома) на основании проведенного анализа можно было с уверенностью говорить о несомненной неоднородности его картины при этих двух разновидностях юношеской шизофрении, о наличии типологических различий в его структуре и динамике. Исходя из задач выделения прогностических критериев оценки заболевания на его начальных этапах, мы, помимо описания отличительных особенностей клинических проявлений и динамики гебоидного синдрома у изученных больных (см. главу VI), сочли необходимым провести сопоставление его типологии с таковой у больных юношеской гебоидной шизофренией.

При гебоидном инициальном этапе юношеской злокачественной и параноидной шизофрении преобладают «редуцированный» и «дефектный» типы гебоидных состояний (42 из 46 больных, 91,3 %) при большой редкости (3 больных, 6,5 %) «чисто» гебоидного, в то время как при гебоидофрении более частыми являются аффективно-гебоидное (31 из 104 больных, 29,8 %) и «чисто» гебоидное (12 больных, 11,5 %) состояния и очень редким (2 больных, 1,9 %) — «дефектно-гебоидное». Однако большая частота «редуцированно-гебоидных» состояний как в инициальном этапе каждый из прогрессивных форм юношеской шизофрении (31,6 % и 70,4 %), так и при гебоидофрении (51,9 %) свидетельствует о лишь относительной ценности использования одного только данного критерия — типа гебоидного состояния — при построении прогноза.

Здесь существенную помощь в правильной прогностической оценке, как показало сопоставление, может оказать другая характерная особенность юношеской злокачественной и параноидной шизофрении: наличие у большинства больных периода отчетливых негативных изменений, предшествующего появлению гебоидных расстройств. Как было описано в главе VI, речь идет о тех изменениях, которые касаются главных сторон личности — падение психической активности, эмоциональное обеднение, т. е. о симплекс-синдроме. Проведенное сопоставление выявило различие этих случаев от гебоидофрении по уровню негативных расстройств на инициальном этапе заболевания. При злокачественной и параноидной формах юношеской шизофрении уже на гебоидном инициальном этапе более чем в половине случаев (26 больных,

56,5 %) негативные изменения достигали уровня симплекс-синдрома или редукции энергетического потенциала, в то время как при гебоидофрении это имело место лишь у одного больного.

Важным дополнением для определения прогноза на основе оценки картины гебоидного синдрома в дебюте прогрессивных форм шизофрении является также установление наличия на его фоне других позитивных расстройств и характер последних. Как было указано в главе III, одним из кардинальных признаков гебоидофрении является отсутствие тенденции к дальнейшему усложнению клинической картины болезни другими позитивными расстройствами. При гебоидных картинах в инициальном этапе форм юношеской прогрессивной шизофрении, напротив, по мере увеличения времени, прошедшего от начала болезни, все более неуклонно усложнялась клиническая картина гебоидных расстройств, причем это усложнение происходило за счет иных расстройств, чем проявляющиеся в динамике симптомы гебоидного синдрома (т. е. не за счет биполярных аффективных, стертых неврозоподобных расстройств и транзиторных признаков остроты состояния). Здесь прослеживалось постепенное выявление рудиментарных бредовых, галлюцинаторных и кататонических включений. Прежде всего речь идет об особых парамимических синдромах, о странной моторной деятельности этих больных, о стойких фрагментарных двигательных стереотипиях и других подобных признаках. В главе VI было представлено их детальное описание. Другим признаком гебоидных состояний на инициальном этапе юношеской прогрессивной шизофрении является включение в их картину стойких, хотя и фрагментарных бредовых и галлюцинаторных расстройств, особенно характерных для юношеской параноидной шизофрении, где в связи с этим в ряде случаев даже можно говорить о двух периодах гебоидного этапа: гебоидном и гебоидно-бредовом или гебоидно-галлюцинаторно-бредовом. В противоположность этому при гебоидофрении, как было показано С. А. Извольским (1982), бредовые и галлюцинаторные включения бывают весьма нестойки и кратковременны, никогда не носят оформленного характера и встречаются лишь в картинах транзиторных экзоформных или экзогенно-спровоцированных эндоформных эпизодов.

Следует особо подчеркнуть, что на инициальном этапе юношеских прогрессивных форм шизофрении, протекающих с гебоидными расстройствами, в отличие от гебоидофрении, несмотря на частоту симптомов систематического злоупотребления алкоголем (56,5 % больных), только у 9 больных (14,5 %) наблюдалось формирование клинических проявлений хронического алкоголизма и только у двух из них — экзоформные психотические эпизоды, в то время как последние были отмечены почти в половине случаев при гебоидофрении

[Извольский С. А, 1982]. Это свидетельствует, что для прогноза при гебоидных расстройствах на инициальном этапе юношеской шизофрении имеет значение не сам факт появления на их фоне галлюцинаторных и бредовых включений, а структура последних и, в частности, экзоформный или эндоформный их характер.

Обратимся теперь к оценке прогностической значимости некоторых патогенетических параметров заболевания при юношеской шизофрении с гебоидным инициальным этапом. Проведенное нами сопоставление по преморбидному складу личности выявило по этому параметру значимые различия. Так, при юношеской злокачественной и параноидной шизофрении с гебоидным инициальным этапом реже представлены шизоидные складки личности, особенно типы «мозаичных шизоидов» (соответственно 6,5 и 31,7 % при гебоидофрении), при этом был сравнительно высоким удельный вес преморбидных личностей типа «образцовых» и «дефицитарных» (свойственных юношеской злокачественной форме шизофрении) [Пекунова Л. Г., 1974]: 34,8 % против 4,8 % при гебоидофрении.

Определенные различия сравниваемые группы обнаружили также при сопоставлении их по обобщенной качественной оценке преморбидного состояния больных (т. е с учетом преморбидного склада, характера раннего онтогенеза и особенностей протекания детских кризовых периодов). Так, при юношеской злокачественной и параноидной шизофрении с гебоидным дебютом реже имелись выраженные аномалии раннего развития, близкие к стертым шизофреническим изменениям (19,6 % против 39,4 % при гебоидофрении). Данным отличиям соответствовали и показатели, отдельно отражающие особенности раннего онтогенеза у изученных больных. При юношеской злокачественной и параноидной шизофрении чаще, чем при гебоидофрении, раннее развитие было нормальным (соответственно у 63,0 % и 39,4 %), а в случаях с нарушенным ранним развитием преобладал «задержанный» тип раннего дизонтогенеза (соответственно 30,4 % и 14,4 %). При гебоидофрении преобладающим является «искаженный» тип дизонтогенеза (37,5 % против 8,7 % при юношеских прогрессивных формах). Дизонтогенез «ускоренного» типа, наблюдаемый при гебоидофрении в 8,6 %, при прогрессивных формах шизофрении не отмечался.

Учитывая установленные конституционально-преморбидные различия больных юношеской прогрессивной шизофренией и гебоидофренией, для подтверждения прогностического значения конституционально-генетического фактора было важным выяснить, нет ли различий и их наследственного фона, и, в частности, не имеется ли различий в складах личности их родителей по сравнению с семейным фоном больных гебоидофренией. Проведенное сопоставление отличий между

юношеской злокачественной и юношеской параноидной формами шизофрении с гебоидным инициальным этапом заболевания и гебоидофренией по этому показателю не обнаружило. Сопоставление изученных больных юношеской прогрессиентной шизофренией с гебоидным дебютом и группой больных гебоидофренией по характеру наследственного отягощения шизофренией в I и II степени родства также не выявило различий между ними. Можно было лишь отметить при юношеской злокачественной шизофрении с гебоидным дебютом некоторую тенденцию к более низкой отягощенности шизофренией в I степени родства (соответственно 14,3 % и 22,1 %) и несколько меньшей частоте приступообразных форм у больных шизофренией родителей (20,0 % против 38,9 % при гебоидофрении).

Напротив, при юношеской параноидной шизофрении с гебоидным дебютом частота общей наследственной отягощенности больных шизофренией (т. е. в I и II степени родства) оказалась несколько выше, чем при гебоидофрении: 77,8 % против 59,7 %.

Таким образом, при гебоидных дебютах прогрессиентных форм юношеской шизофрении и гебоидофрении наследственно-генетический фон оказался принципиально сходным и малоинформативным для использования его характеристик для прогноза.

Резюмируя, следует подчеркнуть, что при решении прогностических аспектов дифференциации между гебоидофренией и прогрессиентными формами юношеской шизофрении решающее значение при определении прогноза заболевания в его инициальной стадии, протекающей с доминированием гебоидных расстройств, следует придавать структуре гебоидного синдрома и, в частности, равномерной представленности всех его компонентов, наличию четкой этапности в их выявлении и редуцировании, степени и характеру участия аффективных расстройств в картине гебоидного синдрома, уровню и времени появления негативных изменений и их особенностям, а также характеру других позитивных симптомов, выступающих на их фоне.

Кроме того, определенную прогностическую значимость имеют показатели, отражающие особенности преморбидного состояния больных (характер преморбидного склада, особенности раннего онтогенеза). Учет этих характеристик, взятых в совокупности, как показывает проведенный анализ, может дать надежное знание тенденций процесса на его ранней, гебоидной стадии в этих случаях «и тем самым сделать более адекватным выбор медико-терапевтических мероприятий, социально-трудовых и экспертных решений.

**Глава VIII. Принципы терапии
гебоидной шизофрении .и
вопросы социально-трудовой
реабилитации**

**Гебоидная
шизофрения**

Пантелеева Г.П.,
Цуцульковская М.Я.,
Беляев Б.С.

Лечение больных гебоидофренией представляется неоднозначным и тесным образом связано с различиями в клинической картине, течении и исходах этой формы шизофрении. До настоящего времени не существует работ, специально посвященных вопросам лечения гебоидофрении. Имеются лишь единичные указания на возможность лечения гебоидных состояний при шизофрении [Витебская К. С., 1958; Цуцульковская М. Я., Пантелеева Г. П., 1972; Дмитриев А. С., 1982]. Многие авторы ссылаются на благоприятный эффект от применения различных нейролептических средств (аминазина, галоперидола, трифтазина, мажептила, неулептила) при отдельных симптомах, входящих в симптомокомплекс гебоидного состояния: нарушениях влечений, брутальности, «расстройствах поведения» [Вроно М. Ш., 1959; Наджаров Р. А., 1964; Вольф М. Ш., Либина И. М., 1971; Попова А. Н., 1971; Jallaede S., Marie-Cardine M., 1967; Baro F. et al., 1972].

Более того, некоторые исследователи рассматривают это терапевтическое вмешательство лишь как чисто эпизодическое и симптоматическое, направленное на достижение коррекции внешних форм поведения и дальнейшей возможности применения в отношении этих больных трудовых и социальных мероприятий. В вышедших в последние годы монографических исследованиях по лечению психических заболеваний указывается на отчетливый эффект ^применения солей лития в сочетании с нейролептиками при лечении гебоидов. Подчеркивается при этом необходимость длительного непрерывного психофармакотерапевтического воздействия. Однако основные принципы терапии данного контингента больных, относимых обычно к широкой группе вялотекущей шизофрении, строились на клинической дифференциации последней на простую и психопатоподобную формы [Авруцкий Г. Я. и др, 1974, 1975, 1981], что не отражает объема содержания понятия гебоидной формы шизофрении.

Сложность врачебного ведения и лечения больных с гебоидофренией обусловлена прежде всего самой спецификой проявлений гебоидного синдрома. При наличии грубого психопатоподобного поведения эти больные практически никогда самостоятельно не обращаются к врачу, а, напротив, стремятся всячески этого избежать. Помещение в стационар больные расценивают как лишение свободы, наказание или способ избежать привлечения к ответственности, направления на военную службу, но отнюдь не считают себя психически больными, подлежащими лечению. Больные как в стационаре, так и дома нередко уклоняются от приема лекарств, обманывают

врачей, медицинский персонал. Все это требует большого внимания и серьезных организационных мер при проведении их лечения. Наш опыт показал, что, помимо постоянного и активного врачебного наблюдения, эти больные нуждаются почти в постоянной и хорошо отрегулированной психофармакотерапии. Однако выбор, методика и форма организации последней должны решаться весьма дифференцированно, сугубо индивидуально, с учетом в первую очередь клинических особенностей состояния (особенностей ведущего синдрома) и других индивидуальных аспектов (семейных, микросоциальных и др.), имеющих место в этих случаях. Хотя в проявлениях гебоидного синдрома ведущее место занимают нарушения поведения и адаптации в обществе, использование в отношении этих больных лишь методов только психотерапевтического воздействия или социально-педагогической коррекции оказывается явно недостаточным. Как уже было указано выше, гебоидное состояние, будучи проявлением шизофрении, является болезненным расстройством и поэтому требует прежде всего биологического (медикаментозного) лечения. При этом здесь также должен соблюдаться принцип психофармакотерапии, основанный на наличии зависимости между закономерностями общего и элективного действия психотропных средств, с одной стороны, и такими параметрами патологического процесса, как степень его активности и выраженность негативных расстройств,— с другой [Смулевич А. Б. и др., 1968]. Проявление гебоидного состояния не следует рассматривать как «симптомы-мишени», постоянные для каких-либо отдельных психотропных средств. Терапевтическая тактика в отношении этих больных в первую очередь строится с учетом психопатологических особенностей структуры (типа) гебоидного состояния и того, является ли оно проявлением активного периода заболевания (в рамках затяжного пубертатного гебоидного приступа) или вялого непрерывного течения.

В период активного течения шизофренического процесса в рамках протрагированного приступа (шуба), когда клиническая картина характеризуется остротой состояния с возбудимостью, аффективной напряженностью, злобностью, выраженной тотальной оппозицией и негативизмом ко всему окружающему, предпочтительно назначение препаратов, обладающих достаточно выраженной интенсивностью седативного и общего антипсихотического действия, таких, как аминазин, тизерцин, мажептил, галоперидол, лепонекс.

При вялом развитии гебоидной шизофрении, с меньшей генерализацией расстройств и выраженностью негативных изменений наиболее адекватным представляется выбор психотропных средств, обладающих более избирательной направленностью действия на нарушения поведения (неулептил,

модитен-депо, небольшие дозы лепонекса).

Особенно при гебоидном состоянии такую избирательную активность обнаруживает неулептил. По данным различных исследователей, он характеризуется высокой эффективностью при так называемых неврозах характера (психопатоподобных расстройствах в нашем понимании), а также при выраженных нарушениях поведения различного генеза, в том числе и при шизофрении у подростков [Гелина Л. И., Головань Л. И., Коган А. Д., 1967; Большаков А. Г., 1970; Козырев В. Н. и др., 1970; Попова А. П., 1971; Oules J., 1963; Pounul B., Plansche R., Girard T. et al., 1963; Chanoit P., Bogros R., 1965; Kohler C., Treguier M., 1965]. Как показали наблюдения, применение неулептила в дозе 10—30 мг в сутки в течение 2—3 мес приводит к ослаблению конфликтности и раздражительности больных, уменьшению антипатии и негативизма к родным, способствует исчезновению свойственной больным разбросанности и отвлекаемости в работе, сглаживанию расстройств влечений.

В зависимости от типа гебоидного состояния различные его варианты могут быть объектом дифференцированного выбора и влияния различных по характеру своего действия психотропных средств. В случаях так называемого «чисто» гебоидного состояния, где гебоидный синдром не сопровождается истинным падением психической продуктивности и выраженным эмоциональным обеднением, а где речь идет скорее о невозможности длительной концентрации на определенном роде занятий, слабости самоконтроля, во многом обусловленных наличием психической незрелости, при выраженности так называемой пубертатной окраски всех признаков состояния — при сочетании нарушений поведения и патологии влечения с отчетливыми сверхценными образованиями характера юношеской метафизической интоксикации, пубертатной оппозиции, а также достаточно выраженной эмоциональной неустойчивости, наиболее действенна комбинация неулептила с транквилизаторами.

При гебоидных состояниях, в структуре которых значительное место занимают аффективные расстройства (аффективно-гебоидный и циркулярный варианты синдрома) в виде чередующихся стертых атипичных гипоманий и субдепрессий, терапия во многом определяется характером ведущего аффекта. Так, у больных, в клинической картине которых преобладает состояние взбудораженности с явлениями общей и двигательной расторможенности, развязыванием влечений, сочетающееся с гипоманиакальным аффектом, наиболее эффективным является применение галоперидола, аминазина, а также солей лития (в средних суточных дозах от 900 до 1200 мг). При возникновении у больных субдепрессивных состояний с дисфорическим оттенком терапевтический эффект достигается от применения не мощных

антидепрессантов (мелипрамин, амитриптилин), а обладающих более мягким тимолептическим эффектом, таких, как пиразидол. При преобладании адинамического компонента и усилении патологии влечений более целесообразно было использование препаратов мягкого стимулирующего действия (пиразидол, сиднокарб). В случаях, где в картине гебоидного синдрома обнаруживается большая выраженность негативных расстройств (вариант дефектно-гебоидного и частично редуцированно-гебоидного состояний), которые протекают с преобладанием грубых эмоциональных изменений с брутальностью, обнаженной эротичностью, жестокостью, сочетающихся с резким обеднением интересов, нарастающим аутизмом, эмоциональной тупостью, бездеятельностью, утратой трудоспособности, признаками задержки психического развития и выраженной патологией влечений (бродяжничество, сексуальные и садистические эксцессы, склонность к воровству), показано лечение лепонексом или его сочетание с неуплептилом, модитеном-депо. При длительном амбулаторном ведении этих больных особенно важны и другие пролонгированные формы нейролептических препаратов (флюспирилен, пимозид, флюанксол-депо), поскольку они оказывают не только антипсихотическое влияние, но имеют преимущества способа их введения для этого контингента больных. В условиях такого лечения облегчается проведение психокорректирующей и социально-трудовой реабилитационной терапии.

Как было указано, для больных гебоидофренией эффективным может быть только длительное применение психотропных средств, включая повторные курсы стационарной терапии и затем практически постоянное поддерживающее лечение в амбулаторных условиях. Только с соблюдением этих условий проводимая терапия может служить и как профилактическая для предупреждения возникновения психотических эпизодов как экзоформных, так и эндоформных и смешанных, которые обычно развиваются на фоне гебоидных расстройств при наличии экзогенных вредностей.

Особого подхода требует лечение психотических эпизодов эндогенного характера. Это длительно проводимая терапия, как показал опыт, должна сочетаться с применением нейролептических препаратов высокой психотропной активности (стелазин, галоперидол, лепонекс, мажептил) и особенно в их парентеральных формах. Кроме того, здесь необходим при выборе препарата учет селективной эффективности стелазина, галоперидола и лепонекса при бредовых и галлюцинаторно-бредовых состояниях, а мажептила и аминазина при кататонических и кататоно-онейроидных расстройствах.

Особый терапевтический подход требуется в отношении случаев

гебоидофрении, в клинической картине которых доминирующим симптомом является массивное злоупотребление алкоголем. Здесь, помимо учета характера алкоголизма, также необходимо принимать во внимание особенности течения и степень активности шизофренического процесса, с которым коррелируют, как уже было указано выше, не только клинические особенности гебоидного состояния в целом, но и особенности клинических проявлений алкоголизма.

Противоалкогольная терапия при гебоидной шизофрении проводится в соответствии с современными методическими рекомендациями [Энтин Г. М., 1972, 1979; Гальперин Я. Г., 1974; Первое Л. Г., Гапонова В. Д., Лев С. А., 1974; Панков Д. В., 1975; Гофман А. Г., 1984] и осуществляется поэтапно [Лукомский И. И., 1960].

На первом этапе, который обычно совпадает с периодом обострения гебоидного состояния и особенно неумеренного злоупотребления алкоголем, приводящего к стационарированию, с целью купирования острых явлений алкогольной интоксикации следует проводить дезинтоксикационную и общеукрепляющую терапию, широко использовать большие дозы различных витаминов, особенно группы В, соли магния, кальция, глютаминовую кислоту, сердечно сосудистые препараты. Применение тех или других средств определяется особенностью и тяжестью соматовегетативных расстройств.

На втором этапе, по прошествии явлений интоксикации, проводится активная противоалкогольная терапия. Однако у данного контингента больных она показана не во всех случаях. При решении вопроса о необходимости применения противоалкогольной терапии решающее значение имеет определение характера гебоидных проявлений у каждого конкретного больного, т. е. является ли гебоидное состояние выражением активного течения болезни в виде затяжного пубертатного приступа, или же выступает в рамках непрерывного, вялого течения.

Опыт показывает, что результаты курсового специфического противоалкогольного лечения у больных с затяжными пубертатными гебоидными приступами, как правило, отрицательные. При курсовой условнорефлекторной терапии апоморфином у этих пациентов не развивается отвращение к алкоголю, а при проведении тетурам-алкогольных проб слабо выражена свойственная этому виду терапии соматовегетативная реакция. В 80—90 % случаев больные по окончании противоалкогольной терапии сразу же после выписки, нередко в тот же день, возобновляют употребление алкоголя, что служит нередко основной причиной повторного стационарирования их в больницу. Несмотря на возобновление антиалкогольной терапии

результаты ее практически отсутствуют и при повторных курсах. При лечении гебоидных шубов единственно целесообразной представляется психофармакотерапия. Только с помощью такой терапии, в результате дифференцированного терапевтического воздействия на различные стороны клинических проявлений гебоидного состояния удастся добиться более адекватного поведения этих больных, относительной адаптации их в обществе и временного прекращения злоупотребления алкоголем.

Напротив, у больных с вялым течением гебоидофрении, где можно говорить о развитии, хотя и атипичного хронического алкоголизма, при проведении тетурам-алкогольных проб и при условнорефлекторной терапии апоморфином уже наблюдается соматовегетативная, в том числе и тошнотно-рвотная реакция, хотя и в более стертом виде по сравнению с картиной этих проявлений при развернутом хроническом алкоголизме, описанном в литературе Н. В. Удницевой (1959), В. В. Бориневич, А. Г. Гофманом, Н. Г. Шуйским (1960), И. В. Стрельчуком (1966) Г. М. Энтиным (1979).

Здесь уже может быть показано проведение специфической курсовой антиалкогольной терапии: условнорефлекторная терапия апоморфином; сенсibiliзирующая терапия тетурамом, лечение путем применения имплантации дисульфирама (эспераль). При этом у больных должна сохраняться основная психотропная терапия гебоидных расстройств. Необходимо также особенно тесное сотрудничество врача с родственниками больного.

На третьем этапе лечения всем больным показана поддерживающая терапия с целью предупреждения рецидива проявления основного заболевания и пьянства. Однако, если для поддержания ремиссии при затяжных гебоидных приступах со злоупотреблением алкоголем достаточно применения только нейролептических препаратов в уменьшенных дозах, то при непрерывном вялом течении гебоидофрении с алкоголизмом необходимо сочетание поддерживающей специфической противоалкогольной терапии с нейролептическими средствами и с препаратами, обладающими стимулирующими (активирующими) и психорегулирующими свойствами. Среди последних наиболее эффективными являются пиридитол (энцефабол), пирацетам (ноотропил). Являясь активаторами деятельности головного мозга, они оказывают и психорегулирующее действие, которое особенно показано при длительном злоупотреблении алкоголем.

Особенности врачебной тактики при алкогольных психозах, возникающих в течение гебоидофрении, также обусловлены сочетанием двух заболеваний — основного эндогенного

(шизофрении) и сопутствующего — алкоголизма. Хотя лечение алкогольных психозов, как таковое, мало чем отличается от традиционно применяемых схем лечения, имеется ряд особенностей ведения этих больных. Лечение алкогольного делирия начинается с массивной дезинтоксикационной терапии, витаминотерапии и симптоматической терапии в отношении нарушений сердечно-сосудистой системы и систем и органов пищеварения. Одновременно назначают седативную терапию для купирования возбуждения. При этом можно шире рекомендовать применение больным нейролептиков, в частности, аминазина, в отличие от больных просто хроническим алкоголизмом, где с этой целью применяются преимущественно внутривенные введения седуксена, элениума, барбамила. При лечении алкогольных параноидов и галлюцинозов необходимо скорейшее назначение нейролептиков (обычно галоперидола или стелазина) наряду с дезинтоксикацией и общеукрепляющим лечением.

Непременным правилом лечения алкогольных психозов у больных гебоидофренией следует считать длительное поддерживающее лечение нейролептическими препаратами для предупреждения, во-первых, рецидива психоза, во-вторых, для воздействия на гебоидные проявления шизофрении. Не оправданы переводы больных в наркологические отделения после купирования явлений психоза.

Исходя из того, что хронический алкоголизм здесь развивается при наличии гебоидной шизофрении, лечение таких больных следует проводить не в специализированных наркологических отделениях, кабинетах или лечебно-трудовых профилакториях, направленных на оказание лишь специфической противоалкогольной помощи и лишения возможности терапии основного заболевания (шизофрении), а в условиях психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров общего профиля. Таким образом, принципы терапии гебоидной шизофрении существенно различаются в зависимости от варианта гебоидофрении и определяются особенностями самого шизофренического процесса, степенью его активности, характером течения и клиническими особенностями алкоголизма

Практические медицинские вопросы, в частности, ближайшие и отдаленные социально-трудовые рекомендации и экспертные заключения при гебоидофрении, обязательно должны носить дифференцированный характер с учетом варианта течения заболевания.

Наиболее благоприятный клинический и социально-трудовой прогноз отмечается в тех случаях, когда гебоидное состояние имеет структуру затяжного пубертатного гебоидного приступа,

заканчивающегося с наступлением зрелости. С учетом реальных перспектив хорошей социально-трудовой адаптации этих пациентов в будущем обоснованы и необходимы следующие мероприятия по отношению к ним в активной стадии болезни: освобождение от выпускных экзаменов в школе, более широкое представление академических отпусков в вузах и техникумах, что сохранит для них в последующем возможность продолжить учебу и работать по специальности.

Целесообразен последующий пересмотр тех социально-трудовых и экспертных оценок, которые были даны этим пациентам в юности, в активном периоде заболевания. В подобных случаях, как показывают полученные нами данные, весьма эффективными в плане социально-трудовой адаптации и реабилитации больных оказываются следующие мероприятия: снятие или смягчение ряда социально-трудовых ограничений, касающихся, например, получения водительских прав, разрешения на длительные командировки и т. п., вплоть до снятия с учета в психоневрологическом диспансере. Для этих контингентов больных шизофренией в случаях благоприятного течения и стойкой ремиссии следует рекомендовать изменение статей военного учета в целях медицинской и социально-трудовой реабилитации.

При вялом непрерывном течении гебоидной шизофрении с сохранением по минованию юношеского возраста, хотя и в редуцированном виде, гебоидных расстройств и признаков социально-трудовой дезадаптации и нередко с развитием у этих больных в дальнейшем признаков хронического алкоголизма или наркомании, а также с нарастанием у них черт шизофренического дефекта совершенно иной должна быть и тактика социальных мероприятий. Аналогичные приведенным реабилитационные мероприятия следует проводить более осторожно, с учетом характера индивидуальных склонностей и компенсаторных возможностей больных. Здесь в связи с малой вероятностью завершения образования и повышения профессионального уровня у этих больных такие адаптационные мероприятия, как представление академических отпусков, не оправданы. Главная задача врача всячески стимулировать и поддерживать уже имеющиеся профессиональные навыки больных или активно способствовать их посильному трудоустройству.

Гебоидная шизофрения

Список литературы

Пантелеева Г.П., Цуцульковская М.Я.,
Беляев Б.С.

Александров А. А. Нарушения поведения у подростков как один из критериев оценки степени психопатизации — В кн Патологические нарушения поведения у подростков Л Ленингр и психоневрол ин т им В М Бехтерева, 1973, с 37—48

Александров А. А. О преморбидных особенностях характера у под ростков с вялотекущей шизофренией — В кн Патохарактерологические исследования у подростков Л Ленингр н и психоневрол ин т им В М Бехтерева, 1981, с 97—102

Ануфриев А К О профилактике общественно опасных действий больных при гебоидном варианте простой формы шизофрении — В кн Тез докл конф, посвящ вопросам профилактики общественно опасных действий психически больных М ЦНИИ судебной психиатрии им В П Сербского, 1966, с 26—27

Беляев Б С О критериях дифференциального диагноза и терапии алкоголизма у больных юношеской психопатоподобной шизофренией — В кн Патогенез, клиника и лечение алкоголизма М М-во здравоохр СССР, 1976, с 78—81

Беляев Б С О клинических особенностях алкоголизма у больных гебоидной формой шизофрении — Журн невропатол и психиатр, 1977, вып 4, с 557—563

Воробьев В Ю Об одном из вариантов юношеской шизофрении, протекающей с преобладанием явлений деперсонализации — Журн невропатол и психиатр, 1971, вып 8, с 1224—1232

Витебская К С О гебоидном синдроме при шизофрении в пубертат ном возрасте — Журн невропатол и психиатр, 1958, вып 7, с 867—872

Вроно М Ш О гебоидной шизофрении у детей — В кн Нарушения поведения у детей и подростков (Особенности клиники, терапии и социальной адаптации) М, 1981 Моек НИИ психиатрии, с 33—41

Вроно М Ш Шизофрения в детском и пубертатном возрасте — В кн Руководство по психиатрии/Под ред А В Снежневского — М Медицина, 1983 с 355—360

Гаврилова С. И., Дружинина Т. И., Концев В. А. и др Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте — М Медицина, 1981 — 192 с

Ганнушкин П. Б. Избранные труды/Под ред О. В. Кербикова — М Медицина, 1964 — 292 с

Гиндикин В. Я. Психопатии и патохарактерологические развития (роль внешних факторов в их формировании и динамике) — В кн Клиническая динамика неврозов и психопатии Л Медицина, 1967, с 152—182

Гурьева В. А., Гиндикин В. Д. Юношеские психопатии и

алкоголизм — М Медицина 1980—271 с

Гурьева В. А., Гиндикин В. Д., Исаченко М. П. К изучению клинических особенностей психопатоподобной шизофрении в детском и подростковом возрасте — Журн невропатол и психиатр, 1980, вып 10, с 1532—1535

Джартов Л. Б. Психопатоподобные состояния в инициальной стадии шизофрении у подростков — Журн невропатол и психиатр, 1965, вып 7, с 1045—1047 *Дмитриев А С* Некоторые принципы терапии больных шизофренией с психопатоподобным синдромом в условиях принудительного лечения — В кн Психопатии и Психопатоподобные состояния в судебно психиатрической практике М ВНИИ судеб психиатрии им В П Сербского, 1982, с 120—125

Дубницкий Л. Б. Клиническая типология состояний «метафизической интоксикации» в юношеском возрасте — Журн. невропатол и психиатр, 1977, вып 3, с 432—439

Жариков Н. М., Серебрякова З. И., Либерман Ю. И. О клиническом и трудовом прогнозе при шизофрении — Вести АМН СССР, 1971, № 5, с 31—34 *Жислин, С Г* Очерки клинической психиатрии — М Медицина, 1965 — I 32

Повольский С А Психотические состояния, возникающие в течении юношеской психопатоподобной гебоидной шизофрении (клинико-катамнестическое исследование) — Журн невропатол и психиатр, I 1982, вып 9, с. 86—93

Кербиков О В Динамика психопатий и патологических развитии — В кн Труды IV Всесоюзн съезда невропатологов и психиатров М М во здравоохран СССР, 1965, т I, с 304—305 *Ковалев В В* Психиатрия детского возраста — М Медицина, 1979 —

Ковалев В В Актуальные и нерешенные вопросы дифференциальной диагностики шизофрении и пограничных состояний в детском возрасте — Журн невропатол и психиатр, 1980, вып 10, с 1503— 1506

Ковалев В В Социально психиатрический аспект проблемы девиантного поведения у детей и подростков — В кн Нарушения поведения у детей и подростков М Моек НИИ психиатрии, 1981, с 11—24

Кондратьев Ф В Структура и динамика психопатоподобных синдромов у больных шизофренией — В кн Вопросы социальной и клинической психоневрологии М [Б и], 1977, с 44—52

Кондратьев Ф В Судебно психиатрическое значение

психопатоподобных состояний при шизофрении — В кн Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно психиатрической практике М ВНИИ общ и судебной психиатрии им В П Сербского, 1982, с 108—116

Лебединская К С Ротинян Н С, Немировская С В Роль фактора ускоренного полового созревания в клинике психозов детей — Журн невропатол и психиатр, 1970, вып 10, с 1517—1522

Личко А Е, Александров А. А, Вдовиченко Л Л и др Подростки с повышенным риском алкоголизации (к проблеме психопрофилактики алкоголизма) — В кн Лечение и реабилитация больных алкоголизмом Л Ленингр н и психоневрол ин т им В М Бехтерева, 1973, с 59—66

Личко А Е Варианты психопатоподобных картин при шизофрении у подростков—Журн невропатол и психиатр, 1976, вып 10, с 1521—1527

Личко А Е Подростковая психиатрия — Л Медицина, 1979 — 335 с

Личко А Е Психопатии и акцентуации характера у подростков — Л Медицина, 1983 — 256 с

Мамцева В Н Шизофрения — В кн В В Ковалев Психиатрия детского возраста М, Медицина, 1979, с 336—345

Мелехов Д Е Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении — М Медгиз, 1963—198 с

Местиашвили М Г О некоторых клинко-психопатологических особенностях инициальной стадии шизофрении у подростков — В кн Ма тер Закавказ науч конф психиатров, посвящ 50 летию установления Советской власти Ереван, 1967, с 148—152

Михайлова В А Длительные ремиссии после однократных и серийных приступов в юношеском возрасте (клинко катамнестическое исследование)—Журн невропатол и психиатр, 1977, вып 5, с 714—719

Морозов П В О прогнозе юношеской шизофрении с дисморфофобическими расстройствами (по данным катамнеза) —Журн невропатол и психиатр, 1976, вып 9, с 1358—1366

Наджаров Р А Клинические аспекты биологических исследований шизофрении — Вести АМН СССР, 1969, № 4, с 9—12

Наджаров Р А Клиника Основные этапы учения о шизофрении и

ее клинических разновидностях — В кн Шизофрения Клиника и патогенез М Медицина, 1969, с 29—120

Наджаров Р А, Штернберг Э Я Клиника и течение шизофрении в возрастном аспекте Журн невропатол и психиатр, 1975, вып 9, с 1374—1379

Нефедьев О П Длительные стойкие ремиссии при малопрогредиентной шизофрении — В кн Актуальные вопросы психиатрии Томск Изд во Том ун та, 1983, вып 1, с 130—131

Нуриева А У Побег из дома при патологических нарушениях поведения у подростков — В кн Патологические нарушения поведения у подростков Л Ленингр н и психоневрол ин т им В М Бехтерева, 1973, с 24—31

Озерецковский Д С О медленнотекущей шизофрении и ее психопатоподобном варианте — В кн Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста М Моек науч исслед ин т психиатрии, 1973, т 66, с 19—25

Павлова И В К вопросу о влиянии хронического алкоголизма на течение шизофрении (формы с непрерывным, волнообразным течением заболевания) — В кн Проблемы шизофрении, неврозов, ре активных состояний и организации психиатрической помощи М Гос науч исслед ин т психиатрии, 1961, т, 1, с 69—75

Пантелеева Г П О вялотекущей шизофрении с клиническими изменениями психастенического типа—Журн невропатол и психиатр, 1965, вып 11, с 1690—1698

Пантелеева Г П О затяжных гебоидных состояниях при шизофрении юношеского возраста — Журн невропатол и психиатр, 1971, вып 1, с 125—132

Пантелеева Г П Об исходах затяжных шизофренических гебоидных состояний—Журн невропатол и психиатр, 1973, вып 6, с 909—915

Пантелеева Г П Гебоидный синдром — БМЭ 3е изд, 1977, т 5, с 209—212

Пекунова Л Г О некоторых особенностях преморбида больных юношеской злокачественно прогредиентной шизофренией — Журн невропатол и психиатр, 1974, вып 3, с 433—439

Пекунова Л Г Особенности доманифестных состояний больных юношеской шизофренией (сравнительное клиническое изучение) — Журн невропатол и психиатр, 1974, вып 8, с 1216—

1223

Попова А Н Опыт амбулаторного применения неуплептила у больных шизофренией с психопатоподобными расстройствами — В кн Вопросы клиники и современной терапии психических заболеваний М Глав упр здравоохранения Москгорисполкома, 1971, с 468—470

Попова А Н, Шмаонова Л М Прогностическое значение гебоидного синдрома при шизофрении (по данным клинического и эпидемиологического изучения)—Журн невропатол и психиатр, 1969, вып 12, с 1843—1849

Портов А А, Федотов Д Д Неврозы, реактивные психозы и психопатии— М Моек НИИ психиатрии, 1957—125 с

Портнов А А, Пятницкая И Н Клиника алкоголизма 2 е изд — Л Медицина, 1973 — 368 с

Рахальский Ю Е Алкоголизм у молодых людей — В кн Алкоголизм и алкогольные психозы М, 1963, с 57—62

Руководство по психиатрии/Под ред А В Снежневского — М Медицина, 1983, т 2 —544 с

Скроцкий Ю А Увлечения в психопатологии подросткового возраста — В кн Патологические нарушения поведения у подростков Л Ленинград и психоневрологинт им В М Бехтерева, 1973, с 31—37

Смирнов В Е Психология юношеского возраста — М —Л Молгвардния, 1929 — 334 с

Смирнова Т А Вялотекущая шизофрения, дебютирующая искаженным пубертатным кризом — В кн Судебно психиатрическая экспертиза Особенности экспертизы несовершеннолетних М ВНИИ общ и судебной психиатрии им В П Сербского, 1980, № 34, с 76—83

Смулевич А Б Малопрогрессирующая (вялотекущая) шизофрения — В кн Руководство по психиатрии/Под ред А В Снежневского М Медицина, 1983, т I, с 354—355

Снежневский А В О нозологической специфичности психопатологических синдромов — Журн невропатол и психиатр, 1960, вып 1, с 91—108 *Снежневский А В* Общепатологическое и нозологическое в клинике

шизофрении — Вести АМН СССР, 1971, № 5, с 3—6 *Сосюкало О Д, Кашникова А А, Большаков А Г* Основные закономерности

патоморфоза психопатоподобных проявлений при шизофрении у детей и подростков — В кн Нарушения поведения у детей и подростков М Моек НИИ психиатрии, 1981, с 24—33 *Стрельчук И В* Острая и хроническая интоксикация алкоголем 2 е изд, доп — М Медицина, 1973 — 384 с

Сухарева Г Е К проблеме структуры и динамики детских конституциональных психопатий (шизоидная форма) — Журн невропатол и психиатр, 1930, вып 6, с 64—74

Сухарева Г Е О некоторых особенностях симптоматики шизофрении у детей и подростков в переходных фазах развития — В кн Вопросы детской психоневрологии — Л Рос н и психоневрол ин т им В М Бехтерева, 1961, т 25, с 57—66

Сухарева Г Е Роль возрастного фактора в клинике детских психозов— Журн невропатол и психиатр 1970, вып 10, с 1513—1519

Строганов Ю А Основные позиции в зарубежных исследованиях зло употребления алкоголем у подростков — В кн Патохарактерологические исследования у подростков Л Ленингр н и психоневрол ин т им В М Бехтерева, 1981, с 112—118

Тарасов К Е, Галкин В А К вопросу о возрастных группах и принципах их классификации — Сов здравоохр, 1968, вып 2, с 54—56

Харитонов Н К, Наталевич Э С Инициальная стадия шизофрении у подростков со склонностью к социально опасным действиям Метод рекомендации—М ВНИИ общ и судебной психиатрии им В П Сербского, 1981 — 17 с

Цициашвили Ш И Особенности динамики «простой» шизофрении и некоторые вопросы терапии при ней — В кн Вопросы лечения шизофрении в патофизиологическом освещении Харьков Укр н и психоневрол ин т, 1958, с 322—326

Цуцульковская М Я К вопросу о вялотекущей шизофрении, начавшейся в юношеском возрасте — В кн Проблемы шизофрении Тбилиси, 1967, с 107—112

Цуцульковская М Я Начальные проявления непрерывно прогрессирующей шизофрении, начавшейся в юношеском возрасте, и их отграничение от так называемых пубертатных кризов — В кн Проблемы организации психиатрической помощи, клиники и эпидемиологии психических заболеваний М Ин т психиатрии АМН СССР, 1970, ч 1, с 104—107

Цуцульковская М Я Некоторые особенности развития юношеской шизофрении в свете отдаленного анамнеза—Журн невропатол и психиатр, 1979, вып 5, с 604—611

Цуцульковская М Я, Пантелеева Г П К вопросу о клинических проявлениях гебоидного синдрома при шизофрении юношеского возраста — В кн Проблемы организации психиатрической помощи, клиники и эпидемиологии психических заболеваний М Инт психиатрии АМН СССР, 1970, ч 1, с 107—111

Цуцульковская М Я, Пантелеева Г П ^, Дубницкий Л Б О некоторых специфических синдромах юношеской шизофрении—В кн Клинические и организационные аспекты психиатрии Ульяновск Ульян обл отд здравоохран, 1974, с 83—87

Цуцульковская М Я, Минскер Э И, Пекунова Л Г Исследование психического инфантилизма больных юношеской шизофренией — Журн невропатол и психиатр, 1975, вып 1, с 102—110

Цуцульковская М Я, Пекунова Л Г, Михайлова В А Преморбидная личность больных юношеской приступообразной шизофренией — Журн невропатол и психиатр, 1977, вып 4, с 547—557

Цуцульковская М Я, Извольский С А, Бильжо А Г Гебоидные проявления шизофрении в пубертатном возрасте и их отграничение от пубертатных кризов — В кн Нарушения поведения у детей и подростков (Особенности клиники, терапии и социальной адаптации) М, Моек НИИ психиатрии, 1981, с 41—51

Шахматова И В Генеалогические исследования — В кн Шизофрения Мультидисциплинарное исследование М Медицина, 1972, с 160— 186

[Пашкова И А] Шизофрения с психопатоподобными проявлениями у детей и подростков—Журн невропатол и психиатр, 1970, вып 2, с 251—256

Шендерова В Л Клинико генетическое исследование малопрогрессирующей и злокачественной юношеской шизофрении — Журн невропатол и психиатр, 1974, вып 1, с 74—84

Шмаонова Л М Клиника вялотекущей шизофрении по данным отдаленного анамнеза — Журн невропатол и психиатр, 1966, вып 8, с 1241—1250

Шостакович Б В Некоторые данные о динамике состояния психопатических личностей, отбывающих наказание — В кн Практика судебно-психиатрической экспертизы М Центр инт психиатрии

судебной психиатрии им В П Сербского, 1971, № 18, с 38—44 *Шумаков В М, Соколова Е Д, Свириновский Я Е* О клинических критериях общественной опасности больных шизофренией (психопатоподобные состояния)—Журн невропатол и психиатр, 1980, вып 1, с 107—114

Эйдемиллер Э Г Исследования взаимоотношений между подростками, больными шизофренией, и их родителями — В кн Патологические нарушения поведения у подростков Л Ленинг н и психоневрол ин т им В М Бехтерева, 1973, с 48—55

Элиава В Н Гебоидные дебюты прогрессирующих форм юношеской шизофрении (клиника и вопросы прогноза на основе данных отдаленного катамнеза)—Журн невропатол и психиатр, 1982, вып 11, с 1707—1715

Юрьева О П Доманифестный период медленно текущей шизофрении у детей — Журн невропатол и психиатр, 1967 вып 10, с 1511— 1515

Assailly A Psychologique et psychopathologique aspects de la puberte — In G Larosche La puberte, 2 nd Paris Masson, 1956, vol. 1, p 287—306

Baruk H Traite de psychiatrie — Paris Masson, 1959 T 1,—767 p

Bender L Diagnostic and therapeutic aspects of childhood schizophrenia — In Mental retardation, Proc 1 st Intern Med Conf New York, 1960, p 453—468

Bdickiewicz T Pszchiatna klmiczna 4 wyd, popr uzupel —Warszawa. Panstw zakl wyd lek 1969—853 p

Binswagner K Ober schizoide Alkoholiker. Z ges Neurol Psychiat, I 1920 Bd 60, S 127—159 *Busnelh G* Problem psicopatologici delle puberta e della adolescenya — Padagogisch Gez, 1956, vol 12, p 338—353

Cittraz Y Aux frontieres de la schizophréme l'hebéophréme — L'Encephale, 1969, vol 58, № 2, p 97—111 *Chazaud J* Vues sur l'hebéophréme — L'Encephale, 1964, vol 53, № 6, p 671—685

Corboz R I Aspects biologiques et consequences psychologiques d'une puberte tardive —Acta paedopschiat, 1968, vol 35, № 10, p 282—285

Costello A 1, Grunn J, Domamani J Aetiological factors in young schizophrenic men — Brit J Psychiat, 1968, vol 114, № 509, • „P 433—441

Debesse M L'adolescence est-elle une crise? — *Enfances*, 1958, № 4—5 p 287—303

Edelston H Differential diagnosis of some emotional disorders of adolescence (with special reference to early schizophrenia) — *J ment Sci.*, 1949, vol, 95, № 401, p 961—967

Ey H. Formes mineures de «schizophrénie». — In: *Encyclopedie medicochirurgicale. Psychiatrie*. Paris, 1955, v. I, p. 8—10.

Feldmann K. Zur Differential diagnose jugendlicher Schizophrenien gegenüber Reifungskrisen. — *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat*, 1967, Bd 100, № 1, S. 159—166.

Gayral L. *Precis de psychiatrie*. — Paris, 1972. *Gessel A., Ilg F. L., Atnes L. B.* *Youth. The years from 10 to 16*. — New York, 1956.

Guard P. Les disharmonies de la puberté masculine. Entretiens psychiatriques. — *Private wire*, 1962, vol. 8, p. 237—270.

Glatzer J. Zur Differentialtypologie juveniler asthenischer Verwagungs syndrome. — *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.*, 1969, Bd 104, № 1, S. 151—162.

Could R. E. The marginalized asocial personality: the beatnikhippie alienation. — In: *The world biennial Psychat. Psychother.* New York — London, 1971, vol. 1, p. 258—291.

Graeter K. *Dementia praecox mit Alcoholismus chronicus*. — Leipzig, 1909.

Gross G., Huber G. Zur Prognose der Schizophrenien. — *Psychiat. Klin.*, 1975, Bd 6. № 1, S. 1—16.

Guibert S., Porcheron J. — B., Tucholski M, Fonks L. Heboidophrénie et violence. — *Ann. med. — psychol.*, 1979, vol. 137, № 8, p. 825—829. *Guyotat J., Losson J. — P.* Les schizophréniques. — *Cah. med.* Lyon., 1968, vol. 44, p. 15—53.

Held F. Die pubertären Dyskrien. — *Acta paedopsychiat.*, 1968, vol. 35, № 10, p. 286—289.

Heuyer G., Durantou P., Larauche J. La schizophrénie de l'adolescence. Aspects cliniques de la schizophrénie de l'adolescence. — In: *II Intern. Congr. für Psychiat.* Zurich, 1957, vol. 4, p. 102—109.

Hinterhuber H. Zur Katamnese der Schizophrenien. — *Fortschr. Neurol. — Psychiat.*, 1973, Bd 10, p. 528—558

Illchmann-Christ A. Die Dissozialitat weiblicher Minderj anger im Spiegel puberalez Reifungestorungen.— Zbl. ges. Neurol. Psychiat., 1952, Bd 119, S. 291.

Kahlbaum K. Ober Heboidophrenie.—Allg. Z. Psychiat, 1890, Bd 46, № 4, S. 461—474.

Kretschmer E. Schiyophrenien und Pubertatskrisen und ihre Seeliche Fflhrung.—Mnschr. Pszchiat, Neurol., 1953, Bd 125, № 5/6, S. 562—571.

Kretschmer E. Reifung als Grund von Krie und Psychose.— Stuttgart, 1972—143

S. Langen D., Jaeger A. Die Pubertatskriesen und ihre Weiterentwicklungen (Eine katamnestische Untersuchung).— Arch. Psychiat. Nervenkr., 1964. Bd 205, № 15, S. 19—36 *Larosche G.* La puberte. Etude clinique et psychopathologique. 2-nd.— Paris: Masson, 1956, vol. 1.

Lewis D. O., Shanok S. Delinquency and the schizophrenic spectrum of disorders.—Child Psychiat., 1978, vol. 17, № 2, p. 263—276.

Lindinger H. Uber die Bedendtung der Umweltfactoren fur die Enwicklung Schiyophrener Psychosen.— In: Schiyophrenie und Umwelt.— Stuttgart, 1971, S. 20—29

Mac Vicar K., Dillon M. Childhood and adolescent development of ten female prostitutes.—J. Amer. Acad. Child Psychiat., 1980, vol. 19 № 1, p. 145—159.

Masterson J. F. Prognosis in adolescent disorders (schizophrenia) — J, Nerv, Ment, Dis,, 1956, vol. 124, № 3, p. 219—232.

Masterson J. F., Washburne A. The szmptomatic adolescent-psychiatric illness or adolescent turmoil?—Amer. J. Psychiat, 1966, vol. 122, № 1, p. 1240—1247.

Masterson J. F. The symptomatic adolescent five years later: he didnt grow out of it.—Amer. J. Psychiat., 1967, vol. 123, № 11, p. 1338—1345.

Masterson J. F. The psychiatric significance of adolescent turmoil.— Amer. J. Psychiat, 1968, vol. 124, № 11, p. 1549—1554.

Meggendorfer F. Khmsche und genealogische Untersuchungen uber moral insanity.—Z. Neurol. Psychiat, 1921, Bd 66, S. 208—231.

Nissen G. Pubertatskrisen und Storungen der psychosexellen Enwicklung.— In: H. Harbauer, Lehrbuch der speziellen Kinder-

und Jugendpsychiatrie. Berlin, 1971, S. 133—155.

Pachantoni D. Ober die Prognose der Moral insanitz (mit Katamnesen).—Arch. Psychiat Nervenkr., 1910, Bd 47, № 1, S. 27—49.

Kinderknecht G. Ober kriminelle Heboide.— Z, Neurol. Psychiat, 1920, Bd 57, № 1, S. 34—70.

Roumajon G. Considerations sur certaines formes de delinquance juvenile et la maladie mentale a les debuts.— Evolut. Psychiat, 1966, vol. 31, № 1, p. 51—90.

Sands E D. The psychoses of adolescence.— J. ment, Sci., 1956, vol. 102, № 127, p. 308—318.

Schulz C. G., Kilgalen R. K. Case studies in schizophrenia.—New York —London, 1969.

Signorato U., Vietti N. Contributo clinico allo studio della eboidofrenia.—Arch. Psicol. Neuropsichiat, 1962, vol. 23, № 6, p. 583—589.

Spiel N Die Diagnose einer Schiyophieme im Kinder- und Jugandal-|ter — Dtsch. med. Wschr., 1963, Bd 88, № 3, S. 120—124. I

Spitzer R. L., Anderssen N. C., Endicott J. Schizophrenia and other psychotic disorders in DSM-III.—Schizophr. Bull., 1978, vol. 4, № 4, p. 489—510.

Stockert F. G. Probleme der Pubertat.—Nervenarzt, 1961, vol. 8,

Stutte H. Psychosen in Kindersalter und in der Pubertat.—Med. Klin., 1963, Bd 13, S. 526—529.

Tolle R Katamnestiche ustersuchungen zur Biographic abnormer Per-sonlichkeiten.—Fortschr. Med., 1969, Bd 87, S. 721—722.

Tramer M. Lehrbuch del allgemeinen Kmderpsychiatrie.— In: Einschlies- slich der allgemeinen psychiatne der Pubertat und Adoleszenz. Ill Aufl. Basel, 1964, p. 105^121.

Stabenau J. R., Polhn W. Comparative life history differences of families of schizophrenics, delinquents, and «normals».—Amer. J. Psychiat, 1968, vol. 124, № 11, p. 1526—1534.

Strunk P. Der Formerkreis der endogener Psychosen. II Schizophrenic.— In- H Harbauer. Lehrbuch der speziellen Kinder-

und Jugendpsychiatrie. Berlin, 1971, S. 316—331.

Wieck Ch. Schizophrenie im Kindesalter.—Leipzig: Hirzel, 1965.—223 S.

Wilson H Psychological and psychiatric disturbances in adolescence.—Practitioner, 1960, Bd 184, № 1101, S. 301-307.

Winkler W. Th. Die Schizophrenie als sozialer Prozess.—Z. Psychiat.Psychol., 1967, Bd 17, № 1, S. 54-72.

Zeh W Endogene Psychosen und abnorme seelische Zustände im Jugendalter,—Fortschr. Neurol. Psychiat, 1959, Bd 27, № 2, S. 54-72.